



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais

Intervenção com crianças em contexto institucional e escolar e com idosos em contexto institucional

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção de Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Inês Nobre Martins Camacho

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Lígia Amado Cardoso
2012

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender,
nem tão pequeno que não possa ensinar.”*

Píndaro

Agradecimento

O meu obrigado a todos os que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial...

... à minha colega de estágio Cristina, por todo o trabalho partilhado, empenho e disponibilidade;

... à minha orientadora de estágio, Professora Doutora Celeste Simões, pelo apoio, disponibilidade e aconselhamento ao longo deste período;

... às Psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, que me permitiram realizar novas aprendizagens, em especial à Dr.^a Ana Martins, à Dr.^a Ana Morato, à Dr.^a Marta Ferraz e à Dr.^a Patrícia Machado que acompanhei mais de perto, e à Dr.^a Catarina Abreu;

... ao Dr.^o António Santinha e a toda a equipa da Casa da Fonte pelo acolhimento e disponibilidade, e em especial à Educadora Marília que nos acompanhou mais de perto;

... à Dr.^a Carla Gomes do Centro Social Paroquial de Oeiras pela possibilidade de uma nova experiência e pela confiança demonstrada, e em especial ao Dr.^o Hugo Gonçalves que acompanhou o nosso trabalho mais de perto;

... à Dr.^a Paula Abreu do Centro de Dia de Caselas por ter possibilitado uma experiência mais enriquecedora, e a todos os funcionários e voluntários pelo apoio e carinho demonstrado;

... ao Professor João Madeira pela disponibilidade demonstrada;

... a toda a minha família, amigos e colegas de mestrado pelo apoio e incentivo;

... e por fim a todas as crianças e idosos que tornaram este trabalho possível.

Resumo

O presente relatório de estágio apresenta a descrição da intervenção psicomotora realizada no intuito da promoção de competências pessoais e sociais, em crianças dos 5 aos 13 anos em contexto escolar e institucional, assim como em idosos em contexto institucional. Foi desenvolvido um trabalho através de sessões de Psicomotricidade, com base no Programa de Promoção de Competência Social de Matos (2005) para os vários contextos de intervenção.

Os resultados obtidos na intervenção com as crianças em contexto institucional demonstraram que as mesmas gostaram das sessões tendo referido evoluções positivas ao nível de cooperação e do relacionamento com os colegas. No contexto escolar estas evoluções foram mais evidentes num dos grupos. Relativamente aos resultados obtidos na intervenção com idosos em contexto institucional podemos considerar que houve também evoluções positivas, nomeadamente ao nível da comunicação e compreensão, do autocuidado e do bem-estar.

No final do relatório é feita uma análise dos dados obtidos, assim como das dificuldades e sugestões para intervenções futuras.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Crianças em Risco; Competências Pessoais e Sociais; Contexto Institucional e Escolar; Idosos; Problemas de Comportamento.

Abstract

This report presents a description of the psychomotor intervention performed in order to promote personal and social skills in children from 5 to 13 years in the school context and institutional context, and in elderly in institutional context. The work has been done through psychomotor sessions, based on the Program for Promotion of Personal and Social Skills by Matos (2005), to all the different contexts of intervention.

The obtained results in intervention with children in the institutional context showed that they enjoyed the sessions, referring positive developments in cooperation and peers relation. In the school context these changes were more evident in one of the groups than the other. Regarding the results obtained in intervention with elderly in institutional context, we can consider that there were also positive developments.

At the end of the report there is an analysis of the results, as well as the difficulties and suggestions for future interventions.

Key-Words: Psychomotor intervention; Child at Risk; Personal and Social Skills; Institutional and School Context; Elderly; Behavior Problems.

Índice Geral

Agradecimento.....	iii
Resumo	iv
Abstract	iv
Índice Geral	v
Índice de Gráficos.....	vi
Índice de Quadros	ix
Anexos	x
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento da Prática Profissional	2
2.1. Revisão da Literatura.....	2
2.1.1. Crianças em Risco.....	2
2.1.2. Resiliência	3
2.1.3. Problemas de Comportamento	6
2.1.4. Institucionalização	7
2.1.5. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em crianças.....	8
2.1.6. Envelhecimento	9
2.1.7. Qualidade de Vida	10
2.1.8. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos	10
2.2. Enquadramento Institucional	11
2.2.1. Casa da Fonte	11
2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier.....	13
2.2.3. Centro Social Paroquial de Oeiras.....	14
2.3. Enquadramento Legal	15
2.3.1. Casa da Fonte	15
2.3.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier.....	16
2.3.3. Centro Social Paroquial de Oeiras.....	16
3. Realização da Prática Profissional.....	17
3.1. Caracterização da população	17
3.1.1. Casa da Fonte	17
3.1.2. Psicomotricidade na Escola.....	18
3.1.3. Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO)	19
3.2. Contextos de intervenção	20
3.2.1. Casa da Fonte	20
3.2.2. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo.....	20
3.2.3. Centro Social Paroquial de Oeiras.....	20

3.3.	Calendarização.....	20
3.4.	Planeamento da intervenção e objetivos	23
4.	Avaliação	26
4.1.	Instrumentos de avaliação	26
4.2.	Condições de avaliação.....	27
4.2.1.	Casa da Fonte	27
4.2.2.	Psicomotricidade na Escola.....	28
4.2.3.	Centro Social Paroquial de Oeiras.....	28
4.3.	Resultados da intervenção	28
4.3.1.	Casa da Fonte	28
4.3.2.	Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo – Grupo 2..	40
4.3.3.	Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo – Grupo 3..	50
4.3.4.	Centro Social Paroquial de Oeiras.....	59
4.4.	Discussão dos resultados	62
4.4.1.	Casa da Fonte	62
4.4.2.	Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo – Grupo 2..	64
4.4.3.	Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo – Grupo 3..	65
4.4.4.	Centro Social Paroquial de Oeiras.....	66
4.5.	Dificuldade e limitações	67
4.6.	Atividades complementares de formação	68
5.	Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro	68
6.	Bibliografia.....	70

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Número de crianças presentes em cada sessão de psicomotricidade na Casa da Fonte.	17
Gráfico 2 – Número de sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte em que cada criança esteve presente.....	18
Gráfico 3 – Número de utentes presente em cada sessão de psicomotricidade no CSPO.	19
Gráfico 4 – Número de sessões de psicomotricidade no CSPO em que cada utente esteve presente.	20
Gráfico 5 – Valores médios, do grupo inicial, das respostas dadas pelos educadores, auxiliares e crianças no SDQ.....	29
Gráfico 6 – Avaliação inicial e final dos educados da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	30
Gráfico 7 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte	30
Gráfico 8 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte	31

Gráfico 9 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte	31
Gráfico 10 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte	32
Gráfico 11 – Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte	32
Gráfico 12 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	33
Gráfico 13 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte	33
Gráfico 14 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte	34
Gráfico 15 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte	34
Gráfico 16 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte	35
Gráfico 17 – Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte	35
Gráfico 18 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte.....	36
Gráfico 19 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte	36
Gráfico 20 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte	37
Gráfico 21 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas – Casa da Fonte	37
Gráfico 22 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte	38
Gráfico 23 – Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte	38
Gráfico 24 – Aprendizagens adquiridas pelas crianças após a intervenção – Grupo geral Casa da Fonte	39
Gráfico 25 – Autoavaliação do estado geral das crianças após a intervenção – Casa da Fonte	39
Gráfico 26 – Valores médios das respostas iniciais dadas pelos professores, pais e crianças no SDQ - Grupo 2.....	41
Gráfico 27 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 2.....	41
Gráfico 28 - Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 2.....	42
Gráfico 29 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 2.....	42
Gráfico 30 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 2	43
Gráfico 31 – Avaliação Inicial e Final dos professores da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 2	43
Gráfico 32 – Avaliação Inicial e Final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 2.....	43
Gráfico 33 - Avaliação inicial e final dos pais da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 2.....	44
Gráfico 34 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 2	44

Gráfico 35 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 2	45
Gráfico 36 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 2.....	45
Gráfico 37 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 2	45
Gráfico 38 – Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 2	46
Gráfico 39 – Avaliação inicial e final da criança da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 2.....	46
Gráfico 40 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 2.....	47
Gráfico 41 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 2.....	47
Gráfico 42 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas – Grupo 2.....	47
Gráfico 43 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Comportamento Pró-Social do SDQ –Grupo 2	48
Gráfico 44 – Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 2.....	48
Gráfico 45 – Aprendizagens adquiridas pelas crianças após a intervenção – Grupo 2	49
Gráfico 46 – Autoavaliação do estado geral das crianças após a intervenção – Grupo 2	49
Gráfico 47 – Valores médios das respostas dadas, na avaliação inicial, pelos professores, pais e crianças no SDQ	50
Gráfico 48 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 3	51
Gráfico 49 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3.....	51
Gráfico 50 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 3.....	51
Gráfico 51 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3	52
Gráfico 52 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3	52
Gráfico 53 – Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3.....	53
Gráfico 54 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 3.....	53
Gráfico 55 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3	54
Gráfico 56 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Hiperatividade do SDQ – Grupo 3.....	54
Gráfico 57 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3.....	54
Gráfico 58 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3	55
Gráfico 59 – Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3	55
Gráfico 60 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 3.....	56
Gráfico 61 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3.....	56

Gráfico 62 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 3.....	56
Gráfico 63 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3	57
Gráfico 64 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3	57
Gráfico 65 – Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3.....	57
Gráfico 66 – Aprendizagens adquiridas pelas crianças após a intervenção – Grupo 3	58
Gráfico 67 – Autoavaliação do estado geral das crianças após a intervenção – Grupo 3 58	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Horário da intervenção semanal realizada	21
Quadro 2 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte	21
Quadro 3 – Planeamento Anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 2 da Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo	22
Quadro 4 – Planeamento Anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 3 da escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo	22
Quadro 5 – Planeamento Anual das sessões de “Afetos na Escola”	23
Quadro 6 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade no CSPO	23
Quadro 7 – Estrutura das sessões de psicomotricidade das crianças.....	24
Quadro 8 – Estrutura da sessão de psicomotricidade dos idosos	25
Quadro 9 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa	29
Quadro 10 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa	41
Quadro 11 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa	50

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Média de idades inicial dos grupos de “Psicomotricidade na Escola”	19
Tabela 2 – Resultados médios da avaliação inicial e final do domínio de Orientação dos utentes do CSPO	59
Tabela 3 – Avaliação inicial e final da capacidade de retenção e evocação dos utentes do CSPO	59
Tabela 4 – Avaliação inicial e final dos utentes do CSPO das questões do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar do protocolo de avaliação.....	60
Tabela 5 – Avaliação inicial e final dos valores médios dos utentes do CSPO no domínio de Compreensão e Comunicação, Autocuidado, Relações interpessoais, Domínio Psicológico e Domínio Físico do protocolo de avaliação.....	60
Tabela 6 – Avaliação inicial e final do equilíbrio dos utentes do CSPO	61
Tabela 7 – Avaliação inicial e final da Motricidade Fina, Noção Corporal e Estruturação Rítmica dos utentes do CSPO	61
Tabela 8 – Avaliação inicial e final da vigília dos utentes do CSPO ao longo da avaliação	62

Anexos

- Anexo 1 – Planeamento atividades desenvolvidas no estágio
- Anexo 2 – Relatório da atividade “Afetos na Escola” (Manual em CD)
- Anexo 3 – Planeamento da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 2
- Anexo 4 – Relatório da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 2
- Anexo 5 – Planeamento da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 3
- Anexo 6 – Relatório da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 3
- Anexo 7 – Planeamento da sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte
- Anexo 8 – Relatório da sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte
- Anexo 9 – Planeamento da sessão de Psicomotricidade no CSPO
- Anexo 10 – Relatório da sessão de Psicomotricidade no CSPO
- Anexo 11 – Planeamento e relatório das atividades extra na Casa da Fonte
- Anexo 12 – Relatório das atividades extra na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier
- Anexo 13 – SDQ – *Streghts and Difficulties Questionnaire*
- Anexo 14 – Ficha de Avaliação do Impacto do Programa
- Anexo 15 – Questionário de Avaliação da Sessão
- Anexo 16 – Projeto “Psicomotricidade no Lar / Centro de Dia”
- Anexo 17 – Protocolo de avaliação dos idosos
- Anexo 18 – Panfleto informativo da atividade “Psicomotricidade na Escola”

1. Introdução

O presente relatório de estágio desenvolveu-se no âmbito do estágio profissionalizante do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana.

O estágio profissionalizante teve como objetivos gerais estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva e multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção e; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O estágio foi realizado no âmbito das competências pessoais e sociais com crianças em contexto escolar e institucional e com idosos em contexto institucional. Em contexto escolar foi realizado com crianças entre os 6 e os 10 anos nas escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo e E.B.1 de Caselas, inserido no programa "Intervir" promovido pela Junta de Freguesia de São Francisco Xavier. No âmbito deste programa a intervenção ocorreu em dois projetos, "Afetos na Escola" com 5 turmas, e "Psicomotricidade na Escola" onde foram feitos 4 grupos. Em contexto institucional foi realizado com crianças e jovens entre os 5 e os 13 anos na Casa da Fonte, uma unidade de Acolhimento de Emergência de Crianças e Jovens em Situação de Risco Social gerido pela Santa Casa da Misericórdia. Em contexto institucional com idosos realizámos estágio nas valências de Centro de Dia e Lar do Centro Social Paroquial de Oeiras, e no Centro de Dia de Caselas, pertencente à Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, administrado pela Cruz Vermelha Portuguesa.

O relatório está organizado em 4 partes distintas: a primeira parte corresponde ao enquadramento da prática profissional; a segunda parte à realização da prática profissional; a terceira parte à avaliação; e a quarta parte à conclusão. No enquadramento da prática profissional é feita uma breve revisão da literatura, seguida da caracterização das instituições onde o estágio foi realizado e o seu enquadramento legal. Na segunda parte, realização da prática profissional, é feita uma breve caracterização da população, dos objetivos e dos contextos de intervenção, seguindo-se a calendarização da intervenção e o seu planeamento. Na terceira parte, avaliação, são descritos os instrumentos de avaliação utilizados, as condições de avaliação, os resultados da intervenção e respetiva discussão, as principais dificuldades e limitações com que nos deparamos ao longo do período de intervenção e também as atividades complementares realizadas. Por fim, na última parte é feita uma análise reflexiva sobre todo este processo assim como algumas recomendações futuras que foram consideradas pertinentes.

A intervenção foi realizada por duas estagiárias, no entanto, o presente relatório é individual. Devido às limitações de espaço, apenas serão analisados dois grupos de crianças das sessões de "Psicomotricidade na Escola" na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo, o grupo de crianças da Casa da Fonte, e o grupo de idosos do Centro Social Paroquial de Oeiras, apresentando a outra estagiária os restantes grupos. Os planeamentos e relatórios das sessões encontram-se em anexo no CD, estando apenas um exemplar de cada um destes em papel, no final do relatório, em anexo.

2. Enquadramento da Prática Profissional

2.1. Revisão da Literatura

2.1.1. Crianças em Risco

Segundo Bronfenbrenner e Morris (2006), através do modelo bioecológico, podemos definir o desenvolvimento como um conjunto de transformações e continuidade, tanto a nível individual como de grupo, das características biopsicológicas do ser humano, as quais ocorrem no decurso da vida. O modelo bioecológico é composto por quatro dimensões: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Este processo envolve a interação entre o indivíduo e o envolvimento (processo proximal) que irá decorrer ao longo do tempo, sendo influenciada pelas características do desenvolvimento do indivíduo, do contexto imediato e remoto, assim como do período de tempo em que este processo ocorre (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Existem circunstâncias específicas ou potenciais da vida pessoal, social, económica ou familiar de uma criança que a torna vulnerável a situações de risco (Rodrigues, 1997). Morais (2011) considera que a criança se encontra em situação de risco quando o desenvolvimento desta ocorre de forma desadequada para a sua faixa etária e a sua cultura. Podemos definir risco como (CPCJ, 2007):

um perigo apenas potencial, eventual para a efectivação dos direitos da criança, podendo ter vários graus e diversas expressões, apresentado um carácter multifactorial, passível de persistir no tempo e que poderá apresentar-se em forma de omissão dos pais ou responsáveis pela sua guarda, comprometendo as necessidades básicas de natureza material ou afectiva das crianças ou jovens. (p. 6)

Volpi (2004) considera que todos os acontecimentos, ocorridos desde a gestação até ao nascimento da criança vão influenciar a formação e estruturação da personalidade, da libido e dos impulsos. Segundo Rodrigues (1997), é através da família que é feito o treino social da criança e do jovem, o qual é considerado base da estrutura social. São os pais, ou quem exerce a sua guarda, que têm a responsabilidade social de proteger a criança visto esta ainda não possuir capacidade jurídica de decisão autónoma (Sarmiento, 2004). Rodrigues (1997) considera que a família reproduz um conjunto de valores que refletem a estrutura económica e o comportamento psicológico. Para Rodrigues (1997) as crianças e jovens têm maior possibilidade de se tornarem sociáveis e se adaptarem às normas da sociedade se tiverem relações familiares, educacionais, comunitárias e de trabalho significativas e estáveis. Por sua vez, a ausência de relações familiares ou a pertença a uma família desequilibrada são considerados fatores de risco no desenvolvimento da criança ou jovem, podendo levar ao surgimento de condutas desviantes (Rodrigues, 1997). Por tudo isto, é importante criar programas de prevenção desde a gestação à adolescência, permitindo à criança ter um ambiente saudável no qual se possa desenvolver espontânea e livremente, sem imposições moralistas ou repressões (Volpi, 2004).

Segundo a UNICEF (1990) cabe ao Estado garantir os cuidados adequados à criança quando estes não são providos pelos pais ou outras pessoas responsáveis. É portanto da competência do Estado a proteção das crianças de todas as formas de maus-tratos, o estabelecimento de programas sociais para a prevenção de abusos e tratamento de vítimas, a garantia de cuidados adequados ou de colocação em instituições apropriadas e a implementação dos cuidados adequados para a recuperação e reinserção social das crianças (UNICEF, 1990).

Portugal foi um dos primeiros países da Europa a introduzir um regime jurídico para menores em risco, através da promulgação da Lei de Proteção à Infância de 27 de Maio de 1911 (Rodrigues, 1997; Tomás & Fernandes, 2011). Na última década a legislação respeitante à proteção à infância e, mais especificamente, à proteção de crianças em situação de risco, teve uma maior notoriedade (Tomás & Fernandes, 2011). Atualmente,

a lei vigente em Portugal, respeitante à proteção de crianças e jovens em perigo, é a Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, a qual sofreu ligeiras alterações com a Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto.

Comparando o Volume Processual Global (VPG) de crianças em risco nas Comissões de Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ) por todo o país em 2006 com o VPG em 2010, podemos ver que houve um aumento significativo, sendo que em 2006 o VPG era de 50.947 processos e em 2010 de 68.300 processos (CNPCJR, 2011). Apesar de a diferença não ser elevada, segundo os dados disponibilizados pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNCPJR, 2011), continuam a ser mais meninos sinalizados do que meninas, sendo os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal os que têm um maior volume processual das CPCJ. Segundo Alves (2007), os maus-tratos atingem crianças de todos os meios sociais, sendo que, nos meios mais desfavorecidos caracteriza-se essencialmente pelas práticas de abuso ou violência física, negligência face à saúde, escola e alimentação. Nas classes privilegiadas os maus-tratos caracterizam-se essencialmente por negligência emocional, incidente sobre o foro psicológico (Alves, 2007).

2.1.2. Resiliência

As consequências dos maus-tratos não são iguais para todas as crianças devido à resiliência, a qual é determinada pela interação entre fatores de risco e de proteção (Rutter, 1999; Alves, 2007; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás & Taylor, 2007), sendo por isso necessário uma compreensão da dinâmica e das interações entre estes fatores (Poletto & Koller, 2008). O estudo da resiliência tem sido um tema muito abordado em vários domínios científicos, nomeadamente, na Psicologia, Educação, Sociologia, Medicina, Pediatria, Psiquiatria, entre outros (Antunes, 2011).

A origem etimológica do conceito de resiliência vem da expressão latina *resilire*, a qual significa “saltar para trás” (Simões, 2005a; Antunes, 2011). Segundo Alves (2007), Poletto e Koller (2008), a resiliência está relacionada com a elasticidade dos materiais, a sua capacidade de absorver energia perante um choque exercido, não sofrendo deformação plástica.

Grotberg (1995, 1997) considera a resiliência uma capacidade universal que irá permitir que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos de experiências adversas, tornando assim essa pessoa, grupo ou comunidade, mais forte. Rutter (1999, 2007), Masten e Powell (2003), Masten e Gewirtz (2006) e Antunes (2011) definem resiliência como a capacidade do indivíduo desenvolver padrões de adaptação positiva em situações adversas, conseguindo ultrapassá-las. No caso das crianças maltratadas, a resiliência pode ser vista como a capacidade que estas têm em resistir e manter as suas capacidades após uma situação de violência (Alves, 2007).

Segundo Rutter (1999), podemos considerar oito características envolvidas nos processos de resiliência: o nível de risco, a sensibilidade ao risco, a redução do impacto negativo, a redução das cadeias de reação negativas, a promoção das cadeias de reação positivas, a criação de novas oportunidades e a neutralização de experiências.

Os indivíduos podem ser resilientes em relação a alguns tipos de riscos ambientais, mas não a outros (Rutter, 1999, 2007). Esta não é uma característica fixa, podendo ser desencadeada apenas em alguns momentos da vida, e em algumas situações específicas (Poletto & Koller, 2008). Um indivíduo pode ser considerado como resiliente em determinada altura, não o sendo posteriormente (Simões, 2005b, 2009).

Segundo o *California Healthy Kids Survey Report* (2007-2008) a resiliência refere-se a um desenvolvimento juvenil positivo em casos de ameaças, stress e risco envolventes. Não é apenas a capacidade de superar a adversidade mas também a capacidade de alcançar um desenvolvimento saudável e aprendizagens de sucesso em qualquer circunstância (*California Healthy Kids Survey Report*, 2007-2008).

Collishaw *et al.* (2007) consideram que a resiliência é fruto da interação entre fatores hereditários, características individuais e fatores experienciais. A capacidade cognitiva, os tipos de processos cognitivos, a relação com pais e amigos (Rutter, 1999; Collishaw *et al.*, 2007), a personalidade e os acontecimentos familiares são preditores importantes de resiliência (Collishaw *et al.*, 2007).

É importante que as crianças nos primeiros anos da sua infância tenham uma boa qualidade de cuidados e oportunidades de aprendizagem, nutrição adequada, apoio comunitário e relações de apego saudáveis, pois estas crianças tendem a apresentar uma maior resiliência face à adversidade (Masten & Gewirtz, 2006). A resiliência está associada aos fatores de proteção que predizem um desenvolvimento positivo em crianças expostas a um contexto de risco (Sapienza & Pedromônico 2005). Quando os principais sistemas de proteção são prejudicados ou interrompidos é quando surgem as maiores ameaças para o seu desenvolvimento (Masten & Gewirtz, 2006).

Fatores de Risco

Sapienza, Pedromônico (2005) e Morais (2011), definem fatores de risco como as condições ou variáveis que aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejados no desenvolvimento. Apesar da presença de fatores de risco poder potenciar uma situação de perigo não podemos considerar que seja a causa direta desta (CNPCJR, n.d.).

Segundo Simões (2005b), os fatores de risco não têm sempre o mesmo impacto sobre os indivíduos, variando consoante as características individuais do sujeito e da sua interação com o risco. Várias investigações têm mostrado que as respostas das crianças ao stress psicossocial e à adversidade, ocorrem conforme a sua vulnerabilidade aos fatores de risco (Rutter, 1999).

Alves (2007) considera que podemos agrupar os fatores de risco em quatro categorias distintas: fatores individuais, familiares, ambientais e socioculturais.

Segundo Alves (2007) os fatores individuais dizem respeito às características dos pais (demográficas, historial de infância, poder paternal, personalidade e condutas desviantes) e às características da criança (físicas, personalidade e conduta). Algumas das características dos pais consideradas como fatores de risco individuais são: baixo nível educacional por parte da mãe; maternidade juvenil; sociopatia parental; gravidez indesejada (Brown, Cohen, Johnson & Salzinger, 1998); pais terem sido vítima de maus-tratos; imaturidade psicossocial (Díaz-Aguado, 2001); e ansiedade/depressão materna (Martinez-Torteya, Bogat, von Eye, & Levendosky, 2009; Curto, Paula, Nascimento, Murray & Bordin, 2011). Os principais fatores de risco individuais da criança são: prematuridade; baixo peso; temperamento difícil; problemas de comportamento (CNPCJR, n.d.); défice físico ou psíquico; doenças neurológicas congénitas ou adquiridas; problemas de saúde crónicos ou atrasos de desenvolvimento; e características físicas (Brown *et al.*, 1998; CNPCJR, n.d.).

Os fatores familiares estão relacionados com a estrutura familiar, a interação e dinâmica familiar, nomeadamente no que diz respeito à relação entre pais e filhos (Alves, 2007; CNPCJR, n.d.). Relativamente aos fatores familiares de situações de risco de crianças, temos: défices no desempenho de papéis sociais; fraca tolerância à frustração (Rodrigues, 1997); destruturação familiar (Rak, & Patterson, 1996; Rodrigues, 1997; Simões, 2005a); conflitos parentais; baixa qualidade matrimonial; presença de pai solteiro ou padrasto; mãe doente; baixo envolvimento parental (Brown *et al.*, 1998); e castigos pesados (Brown *et al.*, 1998; Curto *et al.*, 2011).

Os fatores ambientais correspondem ao nível socioeconómico e cultural, habitação, rede social e mobilidade geográfica (Alves, 2007). Entre os fatores ambientais temos as fracas condições de habitação (Rodrigues, 1997; Alves, 2007); baixo nível socioeconómico (Rodrigues, 1997; Appleyard, Egeland, van Dulmen & Sroufe, 2005); desemprego;

isolamento social; suporte social escasso ou inexistente; emigração; e nomadismo (Alves, 2007).

Por sua vez, os fatores socioculturais estão relacionados com o desenvolvimento económico e a ideologia social (Alves, 2007). Alguns fatores de risco socioculturais são: a aprovação social da violência; a defesa extrema do valor da privacidade da família; os valores e atitudes negativas face à infância, à paternidade e à mulher (CNPCJR, n.d.; Alves, 2007); as atitudes face à marginalização; a crise económica; e a instabilidade social (Alves, 2007).

As consequências destes fatores de risco podem não ser logo evidentes demorando algum tempo até se evidenciarem (Simões, 2005b). A altura em que os fatores de risco ocorrem pode afetar a adaptação às situações (Appleyard *et al.*, 2005). Também o número dos fatores de risco presentes vai influenciar o impacto destes no desenvolvimento (Brown *et al.*, 1998; Sapienza & Pedromônico, 2005; Simões, 2005a). Um estudo de Appleyard e colaboradores (2005) vem suportar a hipótese de risco cumulativo, segundo a qual o número de riscos existentes no início da infância prediz um aumento dos problemas de comportamento na adolescência. A hipótese do risco cumulativo defende que o número de fatores de risco presente tem mais impacto no ajustamento psicossocial dos indivíduos que o tipo de problemas (Simões, 2009). A abordagem cumulativa tem por base o pressuposto de que todos os fatores de risco podem ser somados como unidades de peso (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009). A combinação de vários fatores de risco está na origem da maioria dos problemas de comportamento (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Fatores de Proteção

Os fatores de proteção, também denominados fatores compensatórios, levam a uma diminuição ou eliminação de situações de risco ou de perigo (CNPCJR, n.d.; Simões, 2005a, 2005b). É assim indispensável identificar os fatores de proteção que permitem aos indivíduos ultrapassar os acontecimentos de vida causadores de tensão (Garmezy, 1991). Os fatores de proteção devem ser vistos como processos que envolvem a interação de diferentes acontecimentos, que alteram a trajetória da pessoa, desenvolvendo uma defesa do risco (Poletto & Koller, 2008).

Garmezy (1991) e Simões (2005b, 2009) consideram que os fatores de proteção podem ser agrupados em três tipos: individuais, familiares ou comunitários. Como fatores individuais temos o temperamento, as competências cognitivas (Martinez-Torteya *et al.*, 2009; Simões, 2009), a capacidade de reflexão, e a capacidade de relação interpessoal (Simões, 2009). Como fatores familiares temos as capacidades parentais positivas (Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005; Martinez-Torteya *et al.*, 2009), nomeadamente ao nível do afeto, a coesão familiar, a estabilidade e apoio familiar, o envolvimento parental, as expectativas positivas e o bom nível educacional dos pais (Simões, 2009). Ao nível dos fatores comunitários temos o apoio dos amigos, os sistemas de apoio, as oportunidades de participação na comunidade, as expectativas positivas e a existência de adultos de referência (Simões, 2009).

Segundo o *California Healthy Kids Survey Report* (2007-2008), os principais fatores protetores externos são as relações positivas (relações de suporte que promovem um desenvolvimento saudável e bem-estar), as expectativas elevadas (mensagens diretas e indiretas que demonstrem apoio e crença em que a criança será bem sucedida) e a oportunidade de uma participação significativa (envolvimento em atividades relevantes e interessantes com oportunidade de responsabilização). Os apoios devem estar presentes em casa, na escola, na comunidade e nos grupos de pares (*California Healthy Kids Survey Report*, 2007-2008). Estes fatores vão levar a um aumento do cumprimento das necessidades da criança ao nível da segurança, amor, pertença, respeito, mestria, desafio, poder e significância (*California Healthy Kids Survey Report*, 2007-2008). Os

fatores protetores vão promover oportunidades de desenvolvimento que vão levar à construção da resiliência e ao desenvolvimento das suas capacidades de um desenvolvimento saudável (*California Healthy Kids Survey Report*, 2007-2008).

Conforme o *California Healthy Kids Survey Report* (2007-2008), podemos ainda considerar seis fatores protetores internos: cooperação e comunicação, autoeficácia, empatia, resolução de problemas, autoconhecimento, e a presença de objetivos e aspirações.

É necessário identificar em que fase do desenvolvimento estes fatores protetores atuam, e como é a sua atuação para assim haver uma organização de intervenções efetivas para a redução dos problemas de comportamento (Poletto & Koller, 2008), visto alguns fatores de proteção serem suscetíveis a manipulação externa (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer, & Maughan, 2007).

2.1.3. Problemas de Comportamento

Podemos definir os problemas de comportamento como “aqueles que dificultariam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento, que por sua vez, facilitam a aquisição de repertórios relevantes de aprendizagem” (Bolsoni-Silva, 2003, p.10).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) os problemas de comportamento estão inseridos nas Perturbações Disruptivas do Comportamento, as quais se encontram divididas em Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição e Perturbação Disruptiva do Comportamento sem outra especificação. As principais características da Perturbação do Comportamento são: fraca empatia, insensibilidade aos sentimentos dos outros, percepção errada das intenções dos outros, falta de sentimentos de remorso ou culpa, baixa autoestima, intolerância à frustração, irritabilidade, temperamento explosivo e imprudência (APA, 2002). Os comportamentos da Perturbação de Oposição caracterizam-se por uma constante teimosia, teste constante dos limites estabelecidos e resistência às ordens e ao estabelecimento de compromissos (APA, 2002).

Patterson et al. (2002, *cit. in* Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003) definem quatro estágios na promoção dos problemas de comportamento:

- Treinamento Básico – baixa eficácia dos pais em confrontos disciplinares o que leva a um aumento da coação entre a criança e a sua família;
- Ambiente Social Reage – os comportamentos aprendidos pela criança junto da sua família colocam-na em risco de insucesso social;
- Pares Desviantes e o Desenvolvimento de Habilidades Sociais – o fracasso académico e a rejeição levam a criança a envolver-se com grupos de pares desviantes;
- Adulto de Trajetória Antissocial – consiste nas consequências a longo prazo.

O acompanhamento dos pais para com a criança está relacionado com os problemas de comportamento (Salvo, Sivaes & Toni, 2005). Os pais são um modelo para a criança, pelo que, ao expressarem sentimentos negativos de forma desapropriada, as crianças irão reagir da mesma forma, apresentando comportamentos de agressividade, gritando, batendo e esperneando (Bolsoni-Silva, Paiva & Barbosa, 2009).

Ferreira e Marturano (2002) dividem os comportamentos em externalizantes e internalizantes. Os comportamentos externalizantes são a hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão, desfaio e manifestações antissociais, enquanto como comportamentos internalizantes temos a disforia, retraimentos, medo e ansiedade (Ferreira & Marturano, 2002).

Hammarberg e Hagekull (2006) realizaram um estudo no intuito de analisar as mudanças de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes em crianças com 6 anos após um ano de aulas. Neste estudo verificaram que os rapazes têm tipicamente mais mudanças negativas ao nível dos comportamentos externalizantes e internalizantes (Hammarberg & Hagekull, 2006). Mostraram também que enquanto as raparigas têm maior tendência a modificar de modo positivo os seus comportamentos externalizantes,

os rapazes mostravam maior tendência em modificar os comportamentos internalizantes, de modo positivo (Hammarberg & Hagekull, 2006).

Existe uma forte associação entre dificuldades de aprendizagem e problemas emocionais e comportamentais (Santos & Graminha, 2006; Clemente, 2008). As crianças com baixo rendimento académico têm também mais tendência a apresentar problemas de relacionamento com os colegas (Santos & Graminha, 2006) e um baixo autoconceito (Clemente, 2008).

É, portanto, necessária uma intervenção no intuito de corrigir problemas de comportamento, melhorar habilidades sociais e o autoconceito das crianças, aplicando programas de habilidades sociais, resolução de problemas, modificação de comportamentos, entre outros (Cia & Barham, 2009). O treino das competências sociais pode ser assim de grande utilidade nos problemas de comportamento, devendo-se seguir programas que obedeçam às etapas seguintes: instrução de habilidades sociais, educação emocional e autocontrolo (Peterson, 1995, *cit. in* Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

2.1.4. Institucionalização

Segundo o artigo 49.º da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, referente de proteção de crianças e jovens em perigo, “a medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de um entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral”. Este acolhimento institucional é uma medida aplicada pelo Tribunal, ou pela CPCJ, de modo a garantir a proteção da criança (Alves, 2007).

De acordo com o Plano de Intervenção Imediata (PII) foi possível identificar 12.579 crianças e jovens em situação de acolhimento em Portugal, no ano 2009 (Instituto de Segurança Social, I. P., 2009). Existe um predomínio de crianças e jovens acolhidas do género feminino, no entanto, nos Centros de Acolhimento Temporário, Unidades de Emergência e Casas de Acolhimento de Emergência, verifica-se uma maior prevalência de rapazes acolhidos (Instituto de Segurança Social, I. P., 2009).

Segundo Santos (2010), a entrada na instituição é um período marcante na vida do indivíduo. É uma experiência dolorosa para as crianças pois acarreta várias mudanças e adaptações (Antunes, 2011), podendo ser encarada como uma perda ou rejeição do seio familiar (Mota & Matos, 2008). Neste período são evidentes sentimentos de tristeza, constrangimento, revolta, estando estas crianças mais fragilizadas (Santos, 2010).

As crianças institucionalizadas, após serem afastadas da sua família, tentam encontrar outras figuras de apego (Alexandre, & Vieira, 2004). O convívio das crianças com pares que vivenciam a mesma experiência, pode tornar-se um apoio social e afetivo, funcionando como um fator de proteção (Siqueira & Dell’Aglio, 2006). Os funcionários da instituição, assumem também um papel de grande importância pois são os modelos identificativos destas crianças, orientando, protegendo e acarinhando-as (Mota & Matos, 2008).

A institucionalização da criança pode interferir na elaboração do seu autoconceito e imagem corporal devido aos fatores sócio-afetivos implicados (Pasian & Jacquemin, 1999). Existe uma tendência para maiores níveis de depressão de crianças e jovens institucionalizados do que em meio familiar (Dell’Aglio & Hutz, 2004; Wathier & Dell’Aglio, 2007). Apresentam mais problemas emocionais, mais traços de psicoticismo e neuroticismo que as crianças não institucionalizadas (Santos, Ribeiro, Ukita, Pereira, Duarte & Custódio, 2010). Um estudo de Pasian e Jacquemin (1999) veio demonstrar que a autoimagem e autoconceito nestas crianças, está mais comprometido do que em crianças que vivem em meio familiar. No entanto, ao longo da permanência das crianças em instituições que lhes proporcionem experiências de vida diversificadas estes

conceitos tendem a melhorar, havendo uma diminuição do número de sinais de perturbações emocionais (Pasian & Jacquemin, 1999).

As crianças institucionalizadas apresentam um padrão de vinculação inseguro (Marques, 2006; Pinhel, Torres & Maia, 2009), tendo dificuldades em formar vinculações com os seus prestadores de cuidados (Zeanah, Smyke, Koga & Carlson, 2005). Formam assim “barreiras” que são utilizadas como mecanismos de defesa para evitar o seu sofrimento (Mota & Matos, 2008).

Conforme um estudo de Pinhel et al. (2009), a insegurança/incoerência da vinculação está relacionada com os problemas de comportamento. Segundo o PII existe uma elevada prevalência (13%) de problemas de comportamento em crianças e jovens acolhidas (Instituto de Segurança Social, I.P., 2009). Silva (2009), verificou a existência de valores elevados de agressividade em jovens institucionalizados, a qual pode ser entendida como chamadas de atenção, mostrando défices a nível afetivo.

Segundo Pinhel et al. (2009) é de grande importância promover o acesso destas crianças a boas experiências relacionais, a construção de relações empáticas que sirvam de apoio, conforto e proteção ao seu desenvolvimento. Existe então uma necessidade de desenvolver competências pessoais e sociais no intuito de promoção da sua autonomia (Ribeiro, 2008).

2.1.5. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em crianças

Branco (2000, p. 401), define psicomotricidade como “a vida psíquica expressa em comportamento. O conjunto de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica (impulsos, emoções, sentimentos, pensamentos) exprime-se através da motricidade (linguagem corporal e verbal).”

Podemos definir psicomotricidade como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade do ser humano” (Fonseca, 2004, p.18). É um processo de aprendizagem que, através das habilidades de autorregulação corporal e da ativação dos recursos individuais, visa promover uma consciencialização corporal e mental, melhorando a capacidade de relacionamentos pessoais e emocionais do indivíduo (Akasha & Frimodt, 2003).

Segundo Moraes, Novais e Mateus (2005), a psicomotricidade dirige-se para problemáticas de incidência corporal (e.g. dispraxias, perturbações do esquema corporal, problemas psicossomáticos), relacional (e.g. dificuldades de comunicação, hiperatividade, agressividade) e cognitiva (e.g. défices de atenção e de memória), utilizando técnicas de relaxação e consciencialização corporal, atividades motoras, lúdicas e expressivas.

A psicomotricidade pode atuar de forma preventiva no intuito da promoção de competências sociais; de forma educativa potencializando a aprendizagem e o desenvolvimento psicomotor; e de forma reeducativa ou terapêutica, quando o potencial de aprendizagem, o desenvolvimento motor ou psicoafectivo estão comprometidos (Moraes et al., 2005).

As competências sociais podem ser definidas como um conjunto de comportamentos evidenciados por um indivíduo num contexto interpessoal em que estes expressam as suas opiniões, sentimentos e respeitam os comportamentos dos outros evitando assim conflitos e resolvendo situações problemáticas (Caballo, 1997). Muitas crianças e jovens apresentam um repertório muito limitado de comportamentos sociais, podendo isto ser ultrapassado através da promoção de programas de competências pessoais e sociais (Matos, 2005).

O desenvolvimento das competências pessoais e sociais abrange três vertentes do indivíduo: individual, no desenvolvimento da autoestima e autoconceito; relacional, promoção de comportamentos assertivos e das relações interpessoais; e emocional, através da gestão de emoções (Freitas, Simões & Martins, 2011). Remédios (2010), sugeriu, a partir do seu estudo com crianças institucionalizadas, que o bem-estar psicológico pode estar relacionado com a promoção de competências pessoais e sociais.

Ao desenvolver competências de gestão emocional, de resolução de problemas, de promoção do comportamento assertivo, de participação ativa, do pensamento alternativo e consequencial, da autonomia e da utilização de técnicas de relaxação, ocorre um aumento do bem-estar do indivíduo, havendo uma diminuição da sua participação em comportamentos de risco (Gaspar, Branco & Matos, 2005).

Os programas de competências sociais têm como finalidade o desenvolvimento da comunicação interpessoal verbal e não-verbal, da capacidade de resolução de problemas sociais, de negociação, de gestão de conflitos e da assertividade (Matos, 2005).

A escola contribui para o desenvolvimento das habilidades, comportamentos e valores da criança de diferentes maneiras, sendo um dos principais ambientes da sua vida (Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante, & Del Prette, 2006). É entendida como um contexto ótimo para o desenvolvimento das competências pessoais e sociais das crianças e jovens, possuindo um potencial para responder às necessidades destes, promovendo comportamentos ativos e saudáveis (Bernardo & Matos, 2005). O ensino de estratégias, na escola, que visem a melhoria das relações sociais permite que todas as crianças, incluindo aquelas com mais dificuldade neste âmbito, desenvolvam as suas habilidades sociais (Sánchez, Rivas & Trianes, 2006).

Os pais têm também um papel muito importante no desenvolvimento do comportamento social da criança, pois os padrões de comportamento social que esta observou no seu dia a dia, serão aqueles que irá replicar com os pares (Matos, 2005). Um comportamento social ajustado nos pais, potencializa a aquisição de competências de resolução de problemas, expressão de afeto e capacidade de descentração na criança (Matos, 1997).

A intervenção com intuito da promoção das competências pessoais e sociais da criança, não se deve por isso limitar à criança, mas também aos pais e professores (Matos, 2005).

2.1.6. Envelhecimento

A pirâmide etária de Portugal demonstra uma grande queda de fecundidade e um significativo aumento da esperança de vida (Carrilho & Patrício, 2004). Dados do Instituto Nacional de Estatística (2007) demonstram que em 2006 a população jovem correspondia a 15,5% da população total e a população idosa correspondia a 17,3% sendo que 4,1% correspondia à população com 80 anos ou mais. Prevê-se que em 2033 o número de idosos possa ultrapassar os 200 idosos por 100 jovens (INE, 2007).

Podemos definir o envelhecimento como um conjunto de processos, que se traduzem pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade orgânica (Spirduso, 1995). É um processo biossocial de regressão caracterizada por uma perda acentuada de capacidades ao longo dos anos, devido à influência de fatores genéticos, nutricionais, danos acumulados ao longo da vida e condições de vida (Barreiros, 1999).

Ao longo do processo de envelhecimento as pessoas tendem a ser mais heterogêneas no que diz respeito ao funcionamento psicológico, fisiológico e social, não passando todos pelas mesmas transformações no decurso da vida (Aragón, 2007).

O envelhecimento é composto por inúmeras alterações físicas, psicomotoras, cognitivas e sócio-afetivas (Martins, 2003). As alterações físicas consistem no envelhecimento celular que vai atingir todos os tecidos, órgãos e sistemas de modo gradual (Martins, 2003). Ocorrem alterações ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, imunitário e também ao nível dos ritmos biológicos e sono (Berger & Poirier, 1995, *cit. in* Martins, 2003).

As alterações psicomotoras nos idosos consistem numa desorganização do esquema corporal e em dificuldades de reconhecer o próprio corpo. Também ao nível do equilíbrio estático e dinâmico se vão notando algumas alterações, assim como na orientação espacial e temporal (Arroyo, 1995 *cit. in* Aragón, 2007). Existe uma lentidão psicomotora havendo atrasos significativos no planeamento da ação (Barreiros, 1999). Ocorrem

alterações na velocidade e sensibilidade dos sistemas sensoriais que vão levar a posturas desviantes afetando o seu equilíbrio (Pereira, 2004).

Consoante o aumento da idade ocorre uma diminuição das funções intelectuais, perda sensorial, diminuição da atenção e motivação, degradação da memória de curto prazo e longo prazo (não tão evidente) e também perda neuronal que pode aumentar o tempo de resposta a estímulos (Camino, 1995 *cit. in* Aragón, 2007).

2.1.7. Qualidade de Vida

Tamer e Petriz (2007), consideram que se deve determinar a noção de velhice a partir da qualidade de vida e bem-estar social. O bem-estar social designa a satisfação dos indivíduos e da sociedade, relativamente à existência pessoal e vida social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005, *cit. in* Pereira, 2010, p.28), a qualidade de vida corresponde “à percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta está dependente do nível sociocultural, da faixa etária e dos objetivos pessoais de cada indivíduo (Pereira, 2010).

Para Tamer e Petriz (2007) a qualidade de vida é medida através da capacidade individual de adoção de papéis e atividades sociais adequadamente, da manutenção da capacidade intelectual e do bem-estar individual e coletivo (satisfação com a vida). Freitas e Scheider (2010) mostraram, através de um estudo que pretendia averiguar a qualidade de vida em idosos institucionalizados, que estes tendem a ter uma baixa qualidade de vida, especialmente nos casos em que as instituições não oferecem atividades recreativas e fisioterapia.

Um estudo feito por Pereira (2010) sobre a percepção do idoso do seu nível de qualidade de vida demonstrou que as razões atribuídas por estes para classificar a sua qualidade de vida tinham por base o domínio físico e psicológico, as relações interpessoais, os recursos financeiros e o nível de dependência. Este estudo demonstrou que os idosos com uma percepção negativa da sua qualidade de vida tendem a transmitir sentimentos negativos, sentindo-se tristes, contribuindo também para tal os baixos recursos financeiros e a solidão (Pereira, 2010). Por sua vez os idosos com uma percepção positiva da sua qualidade de vida demonstraram que a percepção positiva que tinham se devia essencialmente à sua saúde física apesar de também a terem relacionado com as relações interpessoais, o domínio psicológico e o nível de independência (Pereira, 2010).

Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette (2007), no seu estudo sobre a relação entre as habilidades sociais, a qualidade de vida, o apoio social e a depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados, concluíram que estas estão relacionadas. Enquanto os idosos não institucionalizados apresentavam maiores habilidades sociais, apoio social e qualidade de vida, apresentando menores níveis de depressão, o oposto verificou-se com os idosos institucionalizados (Carneiro et al, 2007). Segrin e Taylor (2007) vieram também demonstrar essa correlação positiva entre a qualidade de vida e as competências sociais.

2.1.8. Psicomotricidade nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos

A intervenção psicomotora nas pessoas idosas tem como intuito a manutenção ou reabilitação dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) com o objetivo de desenvolver capacidades de adaptação às mudanças corporais e psicossociais, na promoção do reconhecimento de um Eu corporal positivo e no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar as suas adaptações (Moraes, 2007). Pretende-se valorizar as capacidades do indivíduo, realçando as suas forças de modo a incentivá-lo a enfrentar algumas limitações físicas e perdas, e a estimular hábitos pessoais de saúde. Isto leva a que o idoso pense nas suas atitudes aumentando as possibilidades de se adaptar às mudanças que vão surgindo ao longo do envelhecimento (Ovando & Couto, 2010).

Segundo Rodríguez (2003) podem ocorrer três níveis de intervenção psicomotora: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é feita junto de idosos saudáveis, tendo como principal objetivo evitar possíveis patologias resultantes de défices no processo de envelhecimento (Rodríguez, 2003). A prevenção secundária é uma intervenção reabilitadora junto de idosos que apresentam ligeiros défices cognitivos ou défices na capacidade funcional, tendo como principal objetivo a manutenção de um bom funcionamento da pessoa, mantendo as capacidades preservadas e estimulando as que estão em fase de deterioração (Rodríguez, 2003). Por fim, a prevenção terciária, ou seja, a intervenção quando a pessoa já tem um diagnóstico estabelecido e são evidentes os défices ao nível cognitivo e funcional tem como principal objetivo desenvolver estratégias para superar as dificuldades, de forma a retardar os efeitos da deterioração associada à patologia, promover a autonomia na realização das atividades, mantendo a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida (Rodríguez, 2003).

A psicomotricidade não pode ser encarada como uma solução para o envelhecimento mas um processo preventivo e atenuador das modificações ao nível somático, psíquico e psicomotor, nomeadamente do equilíbrio, do processamento de informação, da organização praxica, da estruturação espaciotemporal e do processo relacional (Pereira, 2004). O psicomotricista representa o aspeto relacional e securizador, levando a uma maior vivência das experiências propostas nas sessões de psicomotricidade, assim como a um aumento da motivação para levar o idoso a investir no seu mundo interno e externo (Pereira, 2004).

É fundamental para o idoso a capacidade de interagir socialmente de modo a manter as suas redes de apoio social e a criar novas, aumentando assim a sua qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004). Carneiro et al. (2007), observaram que existe um maior comprometimento das habilidades sociais em idosos institucionalizados.

Um estudo de Matos, Branco, Carvalhosa, Silva e Carvalhosa (2005) veio evidenciar a importância da intervenção com a população idosa no intuito de promover a autonomia, a participação social e os estilos de vida saudáveis. Num estudo anterior de Carneiro e Falcone (2004) verificou-se que as situações sociais em que a maioria dos idosos apresentaram maior dificuldade eram situações que necessitavam de fazer um pedido de forma adequada quando havia conflitos de interesses, identificar de modo socialmente aceite alguém que o está a incomodar, recusar um pedido, aceitar críticas, e lidar com alguém hostil. Por sua vez, as situações em que mostravam maiores competências eram aquelas que não envolviam conflitos (Carneiro & Falcone, 2004). Um estudo posterior de Carneiro et al. (2007) veio enfatizar as conclusões de Carneiro e Falcone (2004), ao terem observado que os idosos apresentaram melhores habilidades sociais em ações que envolvessem autoafirmação na expressão de sentimentos positivos e autocontrolo da agressividade, enquanto em situações de enfrentamento, autoafirmação com risco, e exposição a desconhecidos e situações novas apresentavam um repertório de habilidades sociais diminuído. Relativamente à capacidade de conversar com alguém que está a expor um problema, foram também notadas poucas habilidades nos idosos (Carneiro & Falcone, 2004).

As competências sociais são importantes para a aquisição de competências de relacionamento interpessoal, que vai levar a um bem-estar psicológico (Segrin & Taylor, 2007). É portanto, de grande importância a promoção de programas de competências sociais nos idosos que lhes permita assim alcançar uma melhor qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004).

2.2. Enquadramento Institucional

2.2.1. Casa da Fonte

A Casa da Fonte é um estabelecimento integrado do Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), atualmente gerida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Decreto-Lei

nº16/2011). Os estabelecimentos integrados são estabelecimentos de ação social que apoiam as populações, especificamente nas áreas da infância, juventude, reabilitação, idosos e família (ISS, 2009). É tutelada pelo Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Lisboa (CDSSSL), funcionando 24 horas por dia em regime de internato.

A Casa da Fonte foi fundada em 2000, devido a uma reorganização do Sistema de Acolhimento de Emergência na sucessão das atribuições da Segurança Social como consequência da lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, para a promoção e proteção de crianças e jovens em perigo.

Inicialmente a Casa da Fonte encontrava-se instalada em Camarate, dando resposta ao acolhimento de emergência de crianças dos 0 aos 18 anos, tendo depois sido transferida para as instalações na Torre da Aguilha. Em Setembro de 2001 foi reinstalada no Estoril dando resposta a crianças dos 0 aos 12 anos com uma capacidade de 20 crianças. Atualmente a Casa da Fonte encontra-se instalada em Oeiras sob a direção do Dr.º António Santinha, tendo como lema “acolher, cuidar e encaminhar de forma adequada” (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

Apesar de continuar com uma lotação de 20 crianças, esta encontra-se frequentemente sobrelotada provocando constrangimentos no funcionamento da Casa. No ano 2011 o número de crianças em acolhimento, por mês, na Casa da Fonte variou entre 14 e 31 crianças, estando dentro da sua lotação apenas nos meses de Outubro e Novembro (dados cedidos pela Casa da Fonte, 2012).

As crianças dão entrada na unidade de emergência devido à sinalização pela Equipa de Acolhimento de Emergência do ISS.IOP-CDL. Este estabelecimento possui autonomia funcional pretendendo acolher por pequenos períodos de tempo, crianças e jovens, garantindo e promovendo o seu funcionamento (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.). Segundo o artigo 50.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, o tempo de permanência em casa de acolhimento temporário não deverá exceder os seis meses. No ano 2011 o tempo médio de permanência na Casa da Fonte foi de 95 dias (dados cedidos pela Casa da Fonte, 2012).

A Casa da Fonte tem como objetivos gerais a integração das crianças na comunidade local, acionando respostas educativas e de saúde, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças ou jovens através de um projeto de trabalho individualizado e a definição do projeto de vida das crianças explorando todas as respostas de encaminhamento possíveis (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

A equipa da Casa da Fonte é constituída por 1 diretor, 2 psicólogos, 6 educadores, 4 auxiliares de ação sócio educativa, 1 administrativo especialista, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 auxiliar de ação direta e 1 motorista (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

A Casa da Fonte tem algumas parcerias e protocolos em vigor, nomeadamente com os agrupamentos de escolas Julião da Barra e Joaquim de Barros, o Centro Infantil da Parede, o Centro Social e Paroquial de Oeiras, o Centro de Saúde de Oeiras (ACES Oeiras), a Clínica do Tagus Parque, o serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Oriental – São Francisco Xavier, a Junta de Freguesia de Oeiras e São Julião da Barra, a Câmara Municipal de Oeiras, a Faculdade de Motricidade Humana, as escolas profissionais de Alcoitão e Vale do Rio, a Associação Desportiva de Oeiras e o Clube de Natação de Paço de Arcos. Para além destas parcerias a Casa da Fonte está também articulada em regime de voluntariado com o banco de voluntariado de Oeiras, o Programa Tempo Jovem da CM de Oeiras, a Pastelaria Queques da Linha, o *Rotary Club* e a Associação Proatlântico e Orquestra de Ideias (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

As sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte, resultam da parceria desta com a Faculdade de Motricidade Humana, tendo como intuito a promoção de competências pessoais e sociais nas crianças acolhidas. Estas sessões são asseguradas pelas

estagiárias de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora, contando também com a participação das estagiárias de 3º ano do 1º ciclo em Reabilitação Psicomotora.

2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

A Junta de Freguesia de São Francisco Xavier nasceu em 1959 devido a uma reforma administrativa que levou à criação de doze novas freguesias. A Freguesia situa-se entre o rio Tejo e a encosta da Mata de Monsanto integrando uma área de 2,10 Km² (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.). Segundo os Censos de 2011 a Freguesia tem uma população de 8.020 residentes (INE, 2011).

A Freguesia de São Francisco Xavier é uma das 53 Freguesias da Câmara Municipal de Lisboa, da qual fazem parte as zonas do Restelo e Caselas, onde se localizam as escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo e E.B.1 de Caselas, assim como o Centro de Dia de Caselas, onde ocorre a intervenção. A Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, disponibiliza vários serviços e recursos, nomeadamente ao nível da Educação, Saúde, Social, Religioso, Militar, Cultural e Desportivo (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

As atividades “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola” estão inseridas no Projeto “Juntos a Crescer” do Programa *Intervir*. A atividade “Psicomotricidade na Escola” resulta de uma parceria entre o Gabinete de Aconselhamento da Junta de São Francisco Xavier e o Núcleo de Estágio da Faculdade de Motricidade Humana.

A atividade “Afetos na Escola” insere-se no Programa *Intervir* da Câmara Municipal de Lisboa (CML) a qual tem como objetivo a promoção de projetos de prevenção. Este programa pretende intervir prioritariamente em grupos ou em contextos com maior vulnerabilidade relativamente a situações e comportamentos de risco (prevenção seletiva), assim como, junto da população em geral (prevenção universal). O Projeto “Juntos a Crescer” teve origem no ano 2000 inserindo-se no Programa *Intervir*. Tem como população alvo crianças que frequentam as escolas do 1º ciclo da Freguesia de São Francisco Xavier, no intuito de fortalecer as capacidades de relacionamento e comunicação nesta faixa etária. Promove também a preparação da transição dos alunos de 4º ano para o 5º ano (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

A atividade “Afetos na Escola” realiza-se em contexto de sala de aula, contando com o apoio da Professora, através de jogos e outras atividades, tendo uma duração de uma hora. São sessões semanais que promovem competências como a atenção, a comunicação verbal e não-verbal e as capacidades de relacionamento, essenciais para a vida escolar futura dos alunos.

A atividade “Psicomotricidade na Escola” foi iniciada por estagiárias da licenciatura em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no ano letivo 2007/2008, inserida no núcleo de Apoio de Psicologia da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, sendo atualmente garantida pelas estagiárias de 2º ciclo em Reabilitação Psicomotora. Tem como objetivo a intervenção nas necessidades assinaladas pelos professores, nomeadamente a nível de problemas de comportamento, nas escolas E.B.1 de Caselas e E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo.

O projeto “Psicomotricidade na Escola” visa uma intervenção ao nível das relações interpessoais da criança, das suas atitudes, da autorregulação do seu comportamento, da melhoria da atenção/concentração, da memória e organização psicomotora, através de uma metodologia de grupo e de mediatização corporal. Os objetivos específicos desta atividade são: a promoção de competências de comunicação verbal e não-verbal; a promoção da identificação e resolução de problemas; a promoção da assertividade e estratégias alternativas à agressividade; a promoção de uma relação positiva entre os pares; a estimulação do uso de capacidades como a interajuda, a coesão, a partilha e a cooperação; a promoção da integração do esquema corporal; a promoção da autorregulação e autonomia; a diminuição do excesso de atividade motora; a promoção da melhoria da capacidade de concentração e da atenção; a manutenção e

generalização dos conhecimentos adquiridos para situações práticas do quotidiano e; a melhoria do processo de adaptação e integração no meio escolar.

2.2.3. Centro Social Paroquial de Oeiras

O Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO) com sede na Igreja Matriz de Oeiras, foi fundando em 1968 pelo Padre Fernando Martins e oficializado dois anos depois, sendo reconhecido como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) a 23 de Março de 1971. Está inserido na paróquia de Oeiras, pertencente à freguesia de Oeiras e S. Julião da Barra, situada no concelho de Oeiras. O CSPO presta apoio a idosos nas valências de Lar de Idosos, Centro de Dia e Apoio Domiciliário e a crianças nas valências de Atividades de Tempos Livres (ATL), Creche e Jardim de Infância (CSPO, 2010). Visto atuar apenas nas valências de Lar de Idosos e Centro de Dia de seguida será apresentada uma descrição mais detalhada destas.

A valência de Lar de Idosos está a funcionar desde 1998 e têm uma capacidade para 60 utentes (CSPO, 2010). Tem como objetivos fundamentais: dar resposta adequada aos idosos mais carenciados; promover a integração social do idoso, preservando e incentivando a relação inter-familiar; valorizar a dimensão religiosa católica dos seus utentes; respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade de cada utente; contribuir para a estabilização e / ou atraso do processo de envelhecimento; proporcionar os serviços adequados à problemática biopsicossocial dos idosos e; proporcionar um ambiente calmo, confortante e humanizado ao utente. O lar proporciona aos seus utentes alojamento, alimentação, tratamento do roupas, cuidados de higiene e satisfação de outras necessidades tendo em vista a manutenção da autonomia e conforto do idoso, cuidados de enfermagem e apoio médico de acordo com a situação de cada idoso e, participação nas atividades de ocupação e animação sociocultural (Regulamento Lar de Idosos, 2010). O Centro dispõe de um plano anual de atividades recreativas, formativas, religiosas, culturais e desportivas (CSPO, 2010).

O Lar de Idosos do CSPO possui uma equipa multidisciplinar formada por 53 colaboradores: diretora técnica (1), coordenação (3), administrativos (2), psicólogo (1), ajudantes de ação direta (25), cozinheiras (3), economato (2), limpeza (6), lavandaria (2), costureira (1), enfermeiros (3), médico (1), advogado (1), terapeuta ocupacional (1) e técnica alimentar (1). De momento, o Lar possui uma ocupação de 56 utentes (9 homens, 47 mulheres).

O Centro de Dia tem capacidade para 40 utentes, funcionando nas instalações do Lar de Idosos (CSPO, 2010). Este tem como objetivos: promover a dignidade e qualidade de vida do idoso; prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; apoio psicossocial; valorizar a dimensão religiosa católica dos seus utentes; desenvolver as relações interpessoais e fomentar o intercâmbio com outros grupos etários; contribuir para o atraso do processo de envelhecimento. Nesta valência são desenvolvidas atividades de animação sociocultural, atividades da comunidade, acompanhamento a nível de saúde, apoio e transporte nas situações de dificuldade de mobilização, refeições e cuidados de higiene (Regulamento Centro de Dia, 2010). De momento existem 20 utentes (9 homens e 11 mulheres) a frequentar o Centro de Dia.

O CSPO conta com a colaboração de vários voluntários ao nível do Lar de Idosos e Centro de Dia. Colabora também com diversas instituições, nomeadamente, o Banco de Bens Doados, o Centro de Saúde de Oeiras, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Oeiras, a Direção Geral de Inserção Social, a Associação Coração Amarelo, a Associação Humanitária dos Bombeiros de Oeiras, a Faculdade de Motricidade Humana, entre outras.

A Psicomotricidade no CSPO, teve início no ano letivo 2011/2012, resultando da colaboração com a Faculdade de Motricidade Humana, com a apresentação de uma proposta por parte da orientadora às estagiárias de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora, de realização e implementação de um projeto de Psicomotricidade no Centro de Dia

(projeto em anexo), com o intuito da promoção de competências pessoais e sociais em idosos.

2.3. Enquadramento Legal

2.3.1. Casa da Fonte

Parte da intervenção realizada no estágio ocorreu em contexto institucional com crianças de um Centro de Acolhimento Temporário (Casa da Fonte), pelo que, de seguida, se encontram alguns artigos da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, referente à proteção de crianças e jovens em perigo, alterada pela Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto.

É seu objetivo (artigo 1.º) a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, de modo a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral. A intervenção ocorre quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, coloquem em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou se esse perigo resultar da ação ou omissão de terceiros ou do próprio a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo. É considerado que a criança ou jovem está em perigo quando: está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos, quer físicos quer psicológicos ou quando existem abusos sexuais; não recebe os cuidados ou afeição adequados; é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos e inadequados ou que prejudiquem a sua formação ou desenvolvimento; está sujeita a comportamentos que afetem a sua segurança ou equilíbrio emocional; adota comportamentos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, se oponha de modo adequado a eliminar a situação (artigo 3.º).

São considerados (artigo 5.º): criança ou jovem – as pessoas com menos de 18 anos ou menos de 21 anos que solicitem a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos; situação de urgência – situação de perigo atual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem.

As medidas de promoção dos direitos e de proteção visam: o afastamento do perigo a que estas crianças ou jovens estão sujeitas; a possibilidade de proporcionar as condições que permitam promover e proteger a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral e; garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso (artigo 34.º). Uma das medidas de promoção e proteção, segundo o artigo 35.º, é o acolhimento em instituição. Esta medida consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 49.º).

Quanto às modalidades de acolhimento em instituição, presentes no artigo 50.º, o acolhimento em instituição pode ser de curta duração ou prolongado, sendo que, o acolhimento de curta duração ocorre em casa de acolhimento temporário por prazo inferior ou igual a seis meses, podendo este ser excedido caso seja previsível o retorno à família ou enquanto se procede ao diagnóstico da respetiva situação e à definição do encaminhamento subsequente.

As instituições de acolhimento funcionam em regime aberto favorecendo uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade. Funcionam em regime aberto, com livre entrada e saída da criança ou do jovem de acordo com as normas gerais de funcionamento e as suas necessidades educativas e de proteção. De acordo com o horário e as regras de funcionamento da instituição, é permitida a visita dos pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto (artigo 53.º). Segundo o artigo 54.º, sobre a equipa técnica das instituições, a esta cabe o diagnóstico da situação da criança ou jovem, definição e execução do seu projeto de

promoção e proteção, tendo uma constituição pluridisciplinar, integrando as valências de psicologia, serviço social e educação.

O artigo 91.º sobre os procedimentos urgentes na ausência de consentimento informa que estes são tomados quando exista perigo atual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem, tomando as comissões de proteção ou as entidades referentes, as medidas adequadas para a sua proteção iminente, solicitando a intervenção do tribunal ou das entidades policiais. As entidades policiais dão conhecimento destas situações ao Ministério Público, ou caso não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade. Quando não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou jovem em perigo assegurando a sua proteção de emergência em casa de acolhimento temporário ou noutro local adequado. O Ministério Público, recebida a comunicação efetuada, requer imediatamente ao tribunal competente procedimento judicial urgente.

O Decreto-Lei nº16/2011 de 25 de Janeiro define (artigo 1.º) o regime legal da cedência de estabelecimentos integrados do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.) à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). A cedência dos estabelecimentos é temporária, por um prazo de três anos, com início a 1 de Janeiro de 2011 (artigo 3.º).

Esta cedência surge no âmbito de implementação de um novo quadro de gestão destes estabelecimentos, introduzido pelo Orçamento do Estado para 2011. Segue ainda o objetivo do XVIII Governo Constitucional no sentido de dar continuidade à aposta na qualidade e acessibilidade dos serviços às populações, apoiando e dando viabilidade ao desenvolvimento da rede de equipamentos sociais em parceria público-social. Deste modo permite uma melhor coordenação das entidades públicas e sociais para o desenvolvimento da rede de equipamento sociais.

Segundo o artigo 8.º a gestão global e integrada das vagas existentes nos estabelecimentos do sistema de acolhimento de emergência é mantida pelo ISS, I.P.. Estes estabelecimentos seguem a política nacional de enquadramento e desenvolvimento definido para o sistema geral de proteção de crianças e jovens.

2.3.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

O programa Intervir onde estão inseridas as atividades “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola” é promovido pela Câmara Municipal de Lisboa, seguindo as normas regulamentares por esta elaborado.

O programa Intervir tem como objetivo geral a promoção de competências pessoais e sociais promovendo atividades com especial enfoque nos comportamentos de *bullying*, delinquência juvenil, comportamentos de risco na saúde sexual e reprodutiva, obesidade, consumo de substâncias psicoativas e violência no namoro (artigo 2.º). Este programa é destinado às Juntas de Freguesia do Município de Lisboa que apresentem projetos de prevenção de comportamentos de risco (artigo 3.º). Tem como grupo alvo crianças, jovens, pais/encarregados de educação, professores e pessoal não docente, profissionais de saúde e técnicos que trabalham na área da intervenção social (artigo 4.º). Cabe às Juntas de Freguesia a decisão do local e das atividades a realizar, assim como a seleção do coordenador e restante equipa técnica. (artigo 11.º).

2.3.3. Centro Social Paroquial de Oeiras

Visto a intervenção ter sido também efetuada na valência de Lar de Idosos e Centro de Dia do Centro Social Paroquial de Oeiras, seguidamente, estão referidos alguns artigos do Despacho Normativo n.º 12/98, sobre as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos.

Considera-se lar para idosos (norma I) um estabelecimento em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, do fornecimento de alimentação, de cuidados de saúde, higiene e conforto, de fomentar o convívio e proporcionar animação social e ocupação

dos tempos livres dos utentes. Estes têm como objetivos específicos: facultar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou atraso do processo de envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar; e potenciar a integração social (norma II).

O funcionamento do lar deve garantir e proporcionar ao idoso (norma III): a prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades; uma alimentação adequada; qualidade de vida; realização de atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional; um ambiente calmo, confortável e humanizado e; os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso. O funcionamento do lar deve fomentar a convivência social e a participação dos familiares.

De modo a assegurar um bom funcionamento é necessário que o lar possua no seu quadro de pessoal: um animador social em regime de tempo parcial; um enfermeiro por cada 40 utentes; um ajudante de lar por cada 8 idosos; um encarregado de serviços domésticos quando a capacidade dos estabelecimentos for igual ou superior a 40 idosos; um cozinheiro por estabelecimento; um ajudante de cozinheiro por cada 20 idosos e; um empregado auxiliar por cada 20 idosos (norma XII).

As áreas funcionais previstas são: área de acesso; área de direção e serviços administrativos; área das instalações para o pessoal; área de convívio e de atividades; área de refeições; área de serviços; área de quartos; área de serviços de saúde e; área de serviços de apoio (norma XVII).

3. Realização da Prática Profissional

De modo a garantir a confidencialidade e segurança das crianças e utentes, o nome de cada um será codificado através de siglas (e.g. At., Is.).

3.1. Caraterização da população

3.1.1. Casa da Fonte

O grupo para a intervenção foi formado pela equipa técnica da Casa da Fonte, tendo como pré-requisito que as crianças selecionadas tivessem idades compreendidas entre os 5 e os 13 anos. O grupo inicial foi formado por 6 crianças, com uma média de idades de 9,33 anos ($\sigma=2,42$), tendo sofrido várias alterações ao longo do tempo, como podemos ver no gráfico 3.

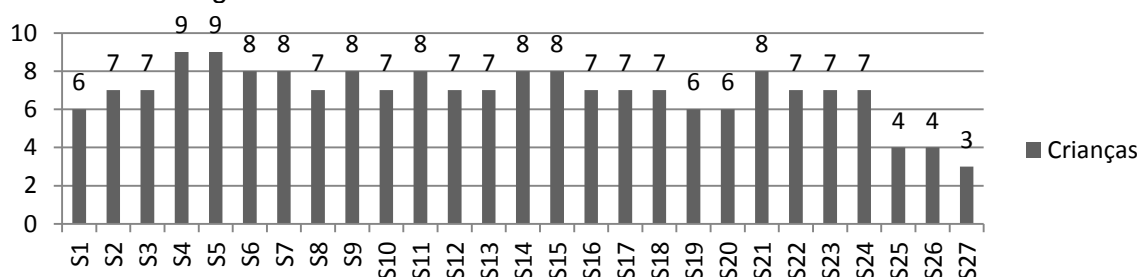


Gráfico 1 – Número de crianças presentes em cada sessão de psicomotricidade na Casa da Fonte.

Durante o período de intervenção, contámos com a presença de 18 crianças das quais 6 eram do género feminino e 12 do género masculino. As sessões que contaram com maior número de crianças foram as sessões 4 e 5, tendo estado presentes 9 crianças, e a sessão em que estiverem presentes menos crianças foi a sessão 27, a qual contou com apenas 3 crianças. Em média as sessões contaram com 7 crianças.

Durante o período de intervenção, nenhuma criança esteve presente em todas as sessões, como podemos ver através do gráfico 4.

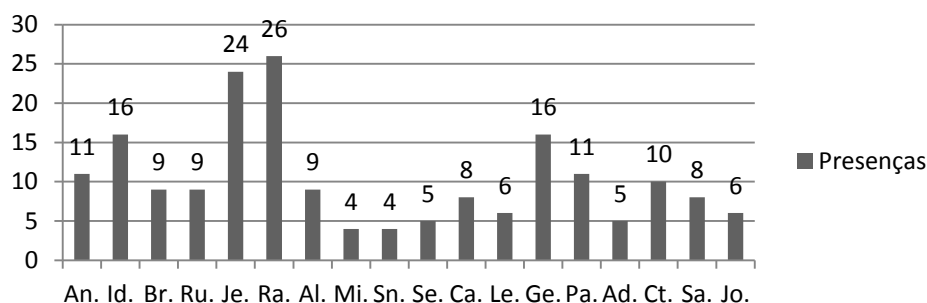


Gráfico 2 – Número de sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte em que cada criança esteve presente.

É possível observar que houve uma grande flutuação de crianças ao longo das sessões, pois a Casa da Fonte é uma Casa de Acolhimento de Emergência, havendo por isso uma constante entrada e saída de crianças na casa e, conseqüentemente, nas sessões de psicomotricidade.

3.1.2. Psicomotricidade na Escola

Para a intervenção psicomotora na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier foram formados quatro grupos, três grupos na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo, e um grupo na escola E.B.1 de Caselas.

Para a seleção das crianças, foi pedido aos professores que preenchessem o *Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ* (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000) para as crianças que apresentassem três das seguintes características: comportamentos inadequados ao contexto; dificuldades de concentração; dificuldades de relacionamento com os pares; dificuldades de relacionamento com figuras de autoridade; impulsividade; hiperatividade; agressividade e; dificuldades no controlo das emoções.

No total foram referenciados, pelos professores, três alunos na escola E.B.1 de Caselas (todos do 3º ano) e 38 alunos na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo (11 alunos do 1º ano, 8 alunos do 2º ano, 16 alunos do 3º ano e 5 alunos do 4º ano).

Visto na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo terem sido selecionados muitos alunos, foi necessário selecionar apenas os que, segundo o resultado do SDQ preenchido pelos professores, apresentaram uma Pontuação Total de Dificuldades igual ou superior a 15 pontos (linha de corte). Dos 38 alunos referenciados, 34 foram selecionados para as sessões de psicomotricidade, tendo apenas 24 sido autorizados pelo(a) encarregado(a) de educação para participar nas sessões.

Foram então formados três grupos na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo. O grupo 1 foi constituído por nove crianças de 1º ano (3 raparigas e 6 rapazes), o grupo 2 foi constituído por oito crianças de 3º ano e uma de 4º ano (1 rapariga e 8 rapazes), o grupo 3 foi formado por três crianças de 2º ano e três de 3º ano (6 rapazes). Os grupos foram formados consoante o nível de escolaridade, a disponibilidade horária, não ultrapassando o máximo de 10 crianças por grupo.

Na escola E.B.1 de Caselas, não foi necessário fazer uma seleção dos alunos pois apenas foram referenciados três alunos, no entanto, todos se encontram acima da linha de corte. O grupo de Caselas (grupo 4), foi assim constituído por três rapazes de 3º ano. Na tabela seguinte podemos ver a média de idades de cada grupo.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Grupo 1	6	7	6,11	0,333
Grupo 2	7	9	8	0,500
Grupo 3	7	8	7,83	0,408
Grupo 4	8	9	8,33	0,577

Tabela 1 – Média de idades inicial dos grupos de “Psicomotricidade na Escola”

Podemos verificar que o grupo que apresenta uma maior média de idade é o grupo 4, constituído por três alunos do 3º ano da escola E.B.1 de Caselas. Por sua vez, o grupo com menor média de idades é o grupo 1, pois inclui unicamente crianças de 1º ano da escola E.B. 1 d’Os Moinhos do Restelo.

3.1.3. Centro Social Paroquial de Oeiras (CSPO)

No CSPO o grupo alvo de intervenção foi formado pelo psicólogo do CSPO, dado possuir um melhor conhecimento dos utentes ao nível das suas necessidades e competências. O grupo inicial era formado por 11 utentes, tendo o grupo sofrido algumas modificações ao longo das sessões, pois alguns utentes deixaram de participar, por motivos de saúde, e outros ingressaram no CSPO durante o período de intervenção, tendo sido integrados no grupo da Psicomotricidade. A intervenção abrangeu um total de 19 utentes, com uma média de idades de 86 anos dos quais 3 eram do género masculino e 16 do género feminino.

O número de utentes que participou nas sessões flutuou ao longo do tempo, como podemos ver no gráfico seguinte.

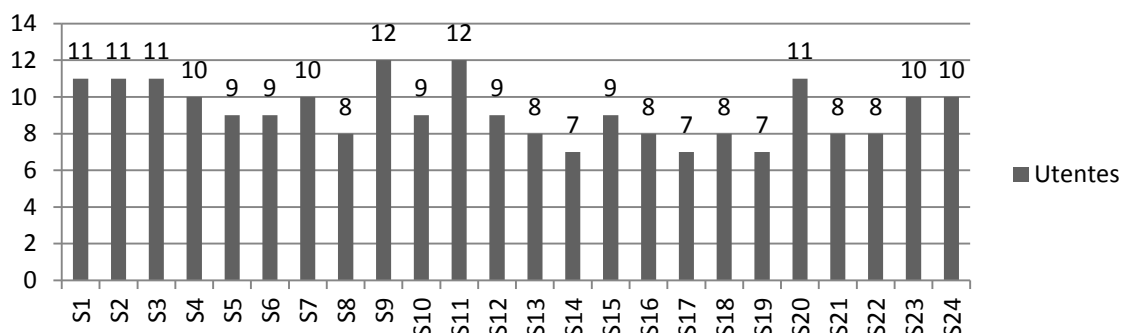


Gráfico 3 – Número de utentes presente em cada sessão de psicomotricidade no CSPO.

Em média estiveram presentes 9 utentes nas sessões, sendo as sessões 9 e 11 aquelas que contaram com a presença de mais utentes, estando presentes na sessão 12 utentes. Por sua vez, as sessões em que menos utentes estiveram presentes foram as sessões 14, 17 e 19, as quais contaram com a presença de apenas 7 utentes. Esta flutuação de utentes ao longo das sessões deveu-se, maioritariamente, a questões de saúde. Durante o período de intervenção apenas 1 utente esteve presente em todas as sessões, como é possível ver através do gráfico 7.

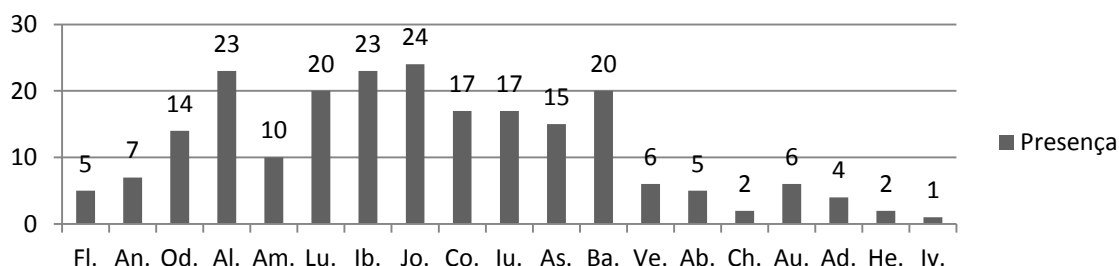


Gráfico 4 – Número de sessões de psicomotricidade no CSPO em que cada utente esteve presente.

3.2. Contextos de intervenção

3.2.1. Casa da Fonte

A intervenção com as crianças da Casa da Fonte foi realizada numa sala disponibilizada pelo CSPO. O acesso à sala é feito através da sala principal do CSPO e de seguida descia-se um lance de escadas e a sala situava-se do lado esquerdo. A sala contém duas mesas, um quadro branco, e inúmeras cadeiras dispostas em quatro filas, as quais têm de ser sempre arrumadas num canto da sala antes da sessão, de modo a disponibilizar o espaço adequado para a intervenção. Existe também um armário para arrumações num canto da sala com portas de vidro e alguns placards de cortiça. Através da sala onde ocorre a intervenção é possível aceder a uma outra sala, a qual não é utilizada nas sessões, pelo que mantínhamos a sua porta sempre fechada. No final da intervenção a sala era arrumada novamente, voltando à disposição anterior.

Os materiais utilizados no decorrer das sessões são levados pelas estagiárias, pois os materiais disponíveis na sala para as sessões eram reduzidos.

3.2.2. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

As sessões de psicomotricidade na escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo ocorreram no ginásio da escola. Este ginásio é um ponto de ligação entre vários espaços da escola, estando ligado à cantina, não havendo divisória entre eles. No ginásio é possível aceder através de duas portas (geralmente abertas) ao espaço do Jardim de Infância e às salas de aula dos 1^{os} e 2^{os} anos. Está ainda ligado à sala dos professores e a uma outra sala. O ginásio contém dois bancos suecos e três espaldares. Contém ainda um armário com outros materiais, os quais não nos era permitido utilizar, e ainda vários placards de cortiça colocados nas paredes do ginásio com trabalhos realizados pelos alunos. Sempre que necessário, os materiais utilizados no decorrer das sessões eram levados pelas estagiárias.

3.2.3. Centro Social Paroquial de Oeiras

No CSPO a intervenção foi realizada numa sala de convívio usualmente vazia. A sala dispunha de várias cadeiras e sofás, duas mesas, duas mesas de sala baixas, uma televisão e bolas. Nas paredes da sala encontravam-se alguns placards de cortiça onde eram expostos os trabalhos e fotografias de visitas realizadas pelos utentes. No CSPO existe uma sala de arrumações com outros materiais que podiam ser utilizados na sessão (e.g. tintas, canetas, lápis de cor, papel de cenário, tesouras, lãs e instrumentos musicais).

Antes das sessões as estagiárias arrumavam a sala, dispondo as cadeiras em círculo no centro desta.

3.3. Calendarização

A intervenção em todos os locais de estágio ocorreu semanalmente, não tendo sido iniciada em todos os locais ao mesmo tempo. Em outubro, teve início a psicomotricidade na Casa da Fonte e o projeto “Afetos na Escola”, em novembro, iniciou-se a psicomotricidade no CSPO e no centro de Dia de Caselas, e em janeiro, iniciou-se a “Psicomotricidade na Escola”. Durante o ano ocorreram algumas mudanças no horário, encontrando-se, de seguida, o horário final de intervenção (quadro 1).

Quadro 1 – Horário da intervenção semanal realizada

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
11h00-12h00 Psicomotricidade Centro de Dia de Caselas	11h15-12h15 Afetos na Escola 4ºB	10h00-11h00 Psicomotricidade CSPO		11h15-12h00 Psicomotricidade Grupo 4
14h00-15h00 Afetos na Escola 1º A	13h30-14h30 Afetos na Escola 3º Caselas	14h00-14h45 Psicomotricidade Grupo 1	14h00-14h45 Psicomotricidade Grupo 2	
		18h00-19h30 Psicomotricidade Casa da Fonte	14h15-15h30 Psicomotricidade Grupo 3	

As sessões de psicomotricidade no CSPO e Centro de Dia de Caselas, tinham uma duração de 60 minutos, assim como as sessões de “Afetos na Escola”. As sessões de psicomotricidade nas escolas tinham uma duração de 45 minutos e as sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte tinham uma duração de 90 minutos.

A intervenção na Casa da Fonte teve uma duração de 8 meses, perfazendo um total de 28 sessões previstas, das quais apenas 27 foram realizadas pois as crianças encontravam-se numa colónia de férias não podendo participar na sessão. Foram também realizadas duas sessões extra, uma no final de cada semestre, tendo a primeira sido realizada na Casa da Fonte (confeição de pizzas e biscoitos de Natal), e a segunda foi a visita ao Centro Ciência Viva em Sintra (atividade final). No quadro 2, podemos visualizar o planeamento anual das sessões de psicomotricidade na Casa da Fonte, estando assinaladas as sessões realizadas, os dias em que não houve e as sessões extra.

Quadro 2 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte

Mês	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Dias		2	7	4	1	7	-	2	1
	12	9	14	11	8	14	11	9	2
	19	16	-	18	15	21	18	16	
	26	23	-	25	-	28	-	23	
		30			29			30	

□ Sessão ■ Não houve sessão ■ Sessão extra

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, a intervenção realizou-se ao nível do projeto “Afetos na Escola” e “Psicomotricidade na Escola”. O projeto “Psicomotricidade na Escola” teve uma duração de 5 meses, perfazendo um total de 19 sessões previstas para cada grupo, tendo sido todas realizadas, havendo a necessidade de compensar algumas sessões que não ocorreram no dia previsto. De seguida (quadro 3 e 4), podemos ver o planeamento anual das sessões de psicomotricidade do grupo 2 e 3 da Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo.

Quadro 3 – Planeamento Anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 2 da Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

Mês	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Dias	-	2	1	-	2
	12	9	8	12	3
	-	-	-	18	10
	19	16	15	19	17
	26	23	22	26	24
	-	-	-		31

□ Sessão ■ Não houve sessão □ Compensação

Quadro 4 – Planeamento Anual das sessões de Psicomotricidade do grupo 3 da escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

Mês	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Dias		2	1	-	3
	12	9	8	12	10
	19	16	15	19	11
	26	23	22	20	17
			-	26	24
					25
					31

□ Sessão ■ Não houve sessão □ Compensação

As sessões de “Afetos na Escola” tiveram uma duração de 8 meses. Duas turmas foram acompanhadas durante todo o ano letivo (1^ºA e 4^ªB da escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo), e três turmas foram acompanhadas apenas durante parte do ano letivo (4^ºC da escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo, 2^º e 3^º ano da escola E.B.1 de Caselas). Isto deveu-se à incompatibilidade horária após início da intervenção no Centro de Dia de Caselas e, posteriormente, pela necessidade de um maior acompanhamento noutra turma. No quadro seguinte (quadro 5), é possível verificar o planeamento anual das sessões de “Afetos na Escola”. No âmbito deste trabalho não será apresentado o trabalho desenvolvido nestes projeto, no entanto, é possível consultar em anexo o manual e os relatórios das sessões.

Quadro 5 – Planeamento Anual das sessões de “Afetos na Escola”

Mês	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun
1ºA		7	5	-	6	5	-	7	4
	-	14		9	13	12	-	14	
	-	21		16	-	20	16	21	
	24	28		23	27		23	28	
	31			30			30		
4ºB		8	6	10	7	6		2	-
	-	18	13	17	27	13	17	8	
	-	22		24		20	24	15	
	25	29		31				22	
								29	
4ºC	-	7							
	17								
	24								
	31								
2º Ano			6	10					
				17					
		22		24					
		29		31					
3º Ano					7		-	-	5
					14	13	10	-	
					-	21	17	22	
					28	-	24	-	

A intervenção no CSPO teve uma duração de 7 meses, perfazendo um total de 25 sessões previstas, das quais apenas 24 foram realizadas. No quadro seguinte (quadro 6), é possível verificar o planeamento anual das sessões de psicomotricidade no CSPO.

Quadro 6 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade no CSPO

Mês	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Dias		7	4	1	7	-	2
		14	11	8	14	11	9
	16	-	18	15	21	18	16
	23	-	25	22	28	-	23
	30			29			30

■ Sessão ■ Não houve sessão

3.4. Planeamento da intervenção e objetivos

Crianças

Para a intervenção no âmbito das competências pessoais e sociais, foi seguida a estrutura do Programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais de Matos (1997). As atividades foram adaptadas consoante a população alvo, as suas características e necessidades. Nas crianças optou-se por trabalhar essencialmente a resolução de problemas, a cooperação e a compreensão e expressão de sentimentos.

As sessões com as crianças eram compostas pela entrada, diálogo inicial, atividades, retorno à calma e diálogo final. Na Casa da Fonte a entrada consistia na organização das crianças no espaço dedicado ao diálogo inicial. Nas escolas eram as estagiárias que iam buscar as crianças à sala de aula, pelo que, este momento de entrada consistia na organização das crianças no caminho entre a sala e o ginásio e espera que todos os colegas chegassem. No quadro seguinte está demonstrada a estrutura das sessões de psicomotricidade.

Quadro 7 – Estrutura das sessões de psicomotricidade das crianças

Momento da sessão	Objetivos (crianças Casa da Fonte e escolas)
Entrada	Organização do grupo; Cumprir regras sociais.
Diálogo Inicial	Promover a organização sequencial; Refletir sobre a semana; Potencializar o convívio entre os elementos do grupo.
Atividades	Promover competências pessoais e sociais; Promover o bem-estar psicológico; Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas; Promover a autorregulação do comportamento; Melhoria das funções executivas como a concentração, atenção e memória.
Retorno à calma	Promover a relaxação; Promover a noção corporal; Promover o controlo respiratório.
Diálogo final	Desenvolver a capacidade de memorização e sequencialização; Expressar a sua vivência pessoal; Autoavaliação do comportamento.

Tal como foi referido no enquadramento teórico, vários autores apontam para a importância da promoção de competências pessoais e sociais em crianças institucionalizadas.

Após a análise dos dados, no programa SPSS, versão 19, obtidos através do questionário SDQ, definiram-se os objetivos gerais e específicos para as sessões da Casa da Fonte.

Os objetivos gerais estabelecidos para a intervenção na Casa da Fonte foram:

- Promover competências pessoais e sociais em crianças institucionalizadas;
- Promover o bem-estar psicológico nas crianças;
- Promover a autorregulação do comportamento;
- Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas;
- Capacitar as crianças para agir perante situações de exclusão/inadaptação.

Os objetivos específicos estabelecidos para a intervenção na Casa da Fonte foram:

- Promover a assertividade;
- Potencializar a resolução de problemas e a tomada de decisão;
- Estimular a interajuda, a partilha e a cooperação;
- Potencializar a expressão de sentimentos;
- Identificar os sentimentos/emoções do outro;
- Promover a empatia;
- Facilitar a relação entre os pares e as figuras de autoridade;
- Promover o controlo da agressividade e da impulsividade;
- Estimular o comportamento verbal e não-verbal;
- Melhorar a autoestima.

Como já foi anteriormente visto, segundo diversos autores, o treino de competências sociais é de grande utilizada nos problemas de comportamento.

Após a análise dos dados, no programa SPSS, versão 19, obtidos através do questionário SDQ, e uma avaliação qualitativa das crianças, definiram-se os objetivos gerais e específicos para as sessões de “Psicomotricidade na Escola”.

Os objetivos gerais estabelecidos para a intervenção nas escolas foram:

- Promover competências pessoais e sociais em crianças em contexto escolar;
- Promover o bem-estar psicológico nas crianças;
- Promover a autorregulação do comportamento;
- Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas;
- Melhoria das funções executivas como a concentração, atenção e memória.

Os objetivos específicos estabelecidos para a intervenção nas escolas foram:

- Promover a assertividade;
- Potencializar a resolução de problemas e a tomada de decisão;
- Estimular a interajuda, a partilha e a cooperação;
- Potencializar a expressão de sentimentos;
- Identificar os sentimentos/emoções do outro;
- Promover a empatia;
- Facilitar a relação entre os pares e as figuras de autoridade;
- Promover o controlo da agressividade e da impulsividade;
- Estimular a comportamento verbal e não-verbal;
- Melhorar a autoestima e autoconhecimento;
- Melhorar a capacidade de concentração e atenção;
- Cumprimento das regras estabelecidas na sessão.

Idosos

Com os idosos foi dada maior importância à comunicação e interação entre os utentes, à partilha, cooperação e capacidade de memorização. Com os grupos de idosos não havia este momento de entrada, pois devido às dificuldades de mobilidade a maioria dos utentes eram acompanhados até ao seu lugar.

Quadro 8 – Estrutura da sessão de psicomotricidade dos idosos

Momento da sessão	Objetivos (idosos)
Diálogo Inicial	Promover a orientação temporal; Promover a capacidade de sequencialização; Relembrar as atividades da sessão anterior.
Atividades	Promover competências pessoais e sociais; Promover o bem-estar psicológico; Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas; Desenvolver as competências cognitivas; Desenvolver a tonicidade; Desenvolver a praxia global; Promover o interesse dos utentes na realização das atividades de vida diária.
Retorno à calma	Promover a relaxação e o controlo respiratório; Promover a noção corporal.
Diálogo final	Desenvolver a capacidade de memorização e sequencialização; Expressar a sua vivência pessoal.

Após a análise dos dados, no programa SPSS, versão 19, obtidos através do questionário preenchido pelos utentes, e uma avaliação qualitativa destes, definiram-se os objetivos gerais e específicos para as sessões de “Psicomotricidade na Lar e Centro de Dia”.

Os objetivos gerais estabelecidos para a intervenção do Centro Social Paroquial de Oeiras foram:

- Promover competências pessoais e sociais em idosos;
- Promover o bem-estar psicológico nos idosos;
- Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas;
- Desenvolver as competências cognitivas;
- Desenvolver a tonicidade;
- Desenvolver a praxia global;
- Promover o interesse dos utentes na realização das atividades de vida diárias.

Os objetivos específicos estabelecidos para a intervenção do Centro Social Paroquial de Oeiras foram:

- Melhorar a orientação temporal;
- Promover a comunicação e interação entre os utentes;
- Promover a autoestima;
- Promover a reflexão sobre as vivências pessoais;
- Promover a partilha, interajuda e cooperação entre os utentes;
- Melhorar a agilidade dos movimentos;
- Promover a capacidade de memória;
- Promover a gestão de conflitos;
- Melhorar a capacidade de atenção e concentração;
- Promover a expressão e compreensão de sentimentos;
- Melhorar a coordenação óculo-manual;
- Promover a empatia.

4. Avaliação

4.1. Instrumentos de avaliação

Strenghts and Difficulties Questionnaire - SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000)

O SDQ é um questionário constituído por 25 itens, divididos em 5 subescalas: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de comportamento e problemas de relacionamento com os colegas. Cada uma destas subescalas é composta por 5 itens. Existem 3 versões deste questionário, uma para os pais, outra para os professores e outra para as crianças.

A cotação de cada um dos itens realiza-se através de uma escala de likert de 3 pontos, no qual 0 corresponde a “não é verdade”, 1 corresponde a “é um pouco verdade” e 2 corresponde a “é muito verdade”. Para além destes itens existem mais 5 perguntas relativamente ao impacto das dificuldades na vida da criança e por fim, um espaço de resposta aberta para descrição de situações ou preocupações consideradas relevantes. A soma de cada escala permite obter uma classificação das crianças em três níveis: desenvolvimento normal, limítrofe ou anormal.

Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009, adaptada por Cardoso & Matias, 2011)

A ficha de avaliação do impacto do programa tem como objetivo perceber a opinião das crianças sobre as sessões, a sua utilidade e interesse, atividades preferidas, competências adquiridas, evoluções percebidas, se voltariam a participar e se recomendavam a um amigo. Este instrumento é composto por 5 questões de resposta fechada e duas questões de resposta aberta.

Avaliação da Sessão (adaptada por Cardoso & Matias, 2011)

A ficha de Avaliação da Sessão é uma ficha entregue todas as sessões às crianças no intuito de estas mostrarem o seu nível de satisfação e interesse sobre as sessões, assim como quais os objetivos trabalhados em cada.

Este questionário é composto por 6 perguntas de resposta fechada que pretendem avaliar o nível de satisfação com a sessão, atividades preferidas e as que menos gostou, comparação da satisfação em relação à sessão anterior, aprendizagens adquiridas na sessão e como se sentem no final da sessão.

Protocolo de Avaliação para os Idosos (adaptado por Cardoso & Matias, 2011)

Este protocolo tem como base 5 instrumentos de avaliação, o “*Elderly Assessment System (EASYCare)*”, o “*Mini Mental State Examination (MMSE)*”, o “*World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)*”, o “*Examen Géronte Psychomoteur (EGP)*” e o “*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*”. O protocolo da avaliação é composto por uma parte de autopreenchimento e uma parte motora.

A primeira parte do protocolo corresponde aos dados pessoais e a 8 domínios: orientação, saúde mental e bem-estar, retenção e evocação, compreensão e comunicação, autocuidado, relações interpessoais, domínio psicológico e domínio físico. O domínio da orientação é composto por 9 perguntas referentes ao tempo e espaço. O domínio da saúde mental e bem-estar é constituído por 7 perguntas. O domínio da compreensão e comunicação é constituído por 6 perguntas, o de autocuidado por 4 perguntas, o das relações interpessoais por 6 perguntas, o domínio psicológico por 5 e o domínio físico por 4, sendo as respostas dadas por uma escala de likert de 1 a 5. Quanto ao domínio da retenção e evocação este consiste na repetição de 3 palavras e posterior evocação das mesmas, sendo cotado pelo avaliador.

A segunda parte pretende avaliar o equilíbrio estático e dinâmico, a motricidade fina, a noção corporal e a estruturação rítmica. A avaliação do equilíbrio estático é feita através de 3 provas, sendo as restantes avaliações feitas apenas com uma prova.

No final, é avaliada a vigília ao longo da sessão.

4.2. Condições de avaliação

4.2.1. Casa da Fonte

Para a avaliação das crianças da Casa da Fonte foram utilizados três instrumentos; o *Strenghts and Difficulties Questionnaire – SDQ* (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000); a Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009, adaptada por Cardoso & Matias, 2011); e a Avaliação da Sessão (adaptado por Cardoso & Matias, 2011).

O SDQ foi aplicado duas vezes durante o período de intervenção, na entrada e saída de cada criança. Através do preenchimento do SDQ do grupo inicial, e de acordo com as observações efetuadas nas primeiras sessões, foi possível fazer um levantamento das necessidades das crianças de modo a realizar-se a planificação dos objetivos. A ficha de avaliação da sessão foi preenchida por cada criança após as sessões, de modo a avaliar

a perceção destas relativamente às competências adquiridas e ao grau de satisfação. Esta avaliação permitiu uma maior compreensão da evolução da aquisição de competências e da motivação de cada criança. Na altura de saída das crianças era novamente preenchido o SDQ, e a criança preenchia também a ficha de Avaliação do Impacto do Programa. Não foi possível obter a ficha de Avaliação do Impacto do Programa de todas as crianças devido às saídas repentinas de algumas destas.

4.2.2. Psicomotricidade na Escola

De modo a realizar a seleção das crianças, foi pedido aos professores que preenchessem o *Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ* (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000) para as crianças que apresentassem três das seguintes características: comportamentos inadequados ao contexto; dificuldades de concentração; dificuldades de relacionamento com os pares; dificuldades de relacionamento com figuras de autoridade; impulsividade; hiperatividade; agressividade e; dificuldades no controlo das emoções.

Após terem sido selecionadas, foi entregue o mesmo questionário aos pais e foi também preenchido pelas crianças de 3º e 4º ano pois considerou-se que as crianças de 1º e 2º ano ainda não tinham adquirido as competências de leitura e escrita elementares, apresentando maior dificuldade na compreensão de alguns termos utilizados.

No final da intervenção os pais, professores e crianças, voltaram a preencher o questionário SDQ, para assim se analisar os resultados após as sessões de psicomotricidade. As crianças preencheram também a Ficha de Avaliação do Impacto do Programa que permitiu obter a perceção das crianças relativamente às sessões e competências adquiridas.

4.2.3. Centro Social Paroquial de Oeiras

A avaliação dos utentes foi realizada através da implementação do protocolo de avaliação organizado pelas estagiárias com base num conjunto de instrumentos: “*Elderly Assessment System (EASYCare)*”, “*Mini Mental State Examination (MMSE)*”, “*World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)*”, “*Examen Géronto Psychomoteur (EGP)*” e “*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*”. Este protocolo foi aplicado antes e depois da intervenção. A sua aplicação inicial, juntamente com as observações realizadas durante as primeiras sessões, e as observações efetuadas pelo psicólogo da instituição antes da intervenção, permitiram um levantamento das necessidades de modo a realizar-se a planificação dos objetivos a trabalhar. A aplicação do mesmo protocolo no final da intervenção permitiu comparar e analisar os resultados obtidos após sessões de psicomotricidade.

4.3. Resultados da intervenção

4.3.1. Casa da Fonte

De seguida apresentam-se os resultados da avaliação do grupo inicial de crianças da Casa da Fonte.

Após estes resultados apresentam-se os resultados das avaliações iniciais e finais das crianças da Casa da Fonte, feitas através do questionário SDQ. Visto apenas quatro crianças terem estado presentes em mais de metade das sessões considerou-se que seria mais pertinente avaliar apenas de modo global as crianças que frequentaram as sessões e fazer uma análise mais exaustiva dos resultados das quatro crianças que estiverem presentes em mais de metade das sessões.

Para fins de avaliação o SDQ dirigido aos professores foi preenchido pelo educador que acompanhava mais de perto a criança e o SDQ dirigido aos pais foi preenchido pelo auxiliar que lhe desse um maior acompanhamento.

Avaliação Inicial

De modo a definir os principais objetivos a trabalhar ao longo das sessões, foi realizada uma avaliação inicial do grupo.

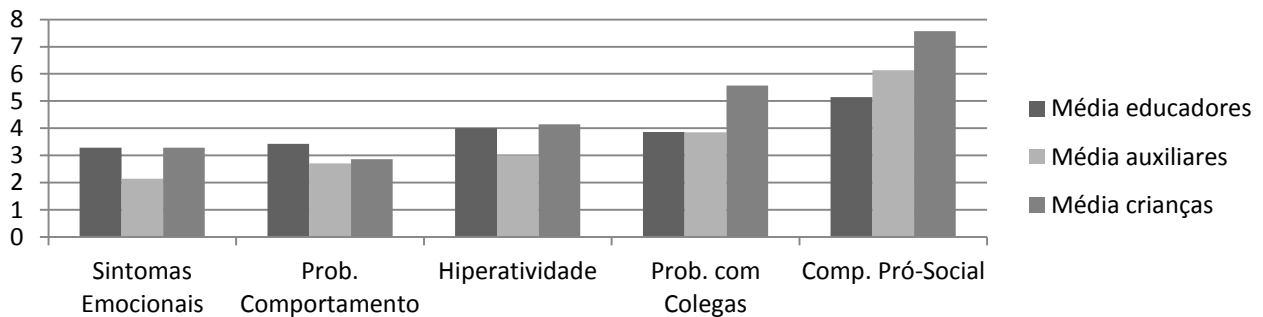


Gráfico 5 – Valores médios, do grupo inicial, das respostas dadas pelos educadores, auxiliares e crianças no SDQ

Analisando o gráfico 5, relativo ao grupo inicial, verifica-se que apenas a escala de sintomas emocionais e de hiperatividade se encontram dentro da normalidade segundo as três avaliações. Na escala dos problemas de comportamento, segundo a avaliação dos educadores e auxiliares, as crianças encontram-se num nível “limítrofe”, no entanto as próprias consideram encontrar-se num nível “normal”. Ao nível dos problemas de relacionamento com os colegas, apenas segundo a avaliação dos educadores se encontram num nível “limítrofe”, enquanto as crianças e os auxiliares consideram que estão num nível “anormal”. Quanto ao comportamento pró-social, os auxiliares e as crianças consideram apresentarem-se num nível “normal”, enquanto os educadores consideram que estas se encontram num nível “limítrofe”.

Quadro 9 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal			Limítrofe			Anormal		
	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	0-5	5	4	6	6-10	5-10	7-10
Prob. Comportamento	0-2	0-2	0-3	3	3	5	4-10	4-10	5-10
Hiperatividade	0-5	0-5	0-5	6	6	6	7-10	7-10	7-10
Prob. com Colegas	0-3	0-2	0-3	4	3	4-5	5-10	4-10	6-10
Comportamento Pró-Social	6-10	6-10	6-10	5	5	5	0-4	0-4	0-4

Avaliação Inicial e Final dos educadores – Casa da Fonte

A avaliação das crianças conta apenas com 16 crianças, pois houve duas crianças, que devido ao curto tempo de intervenção (4 sessões), não se considerou ser pertinente a realização da avaliação para tão curto espaço de tempo.

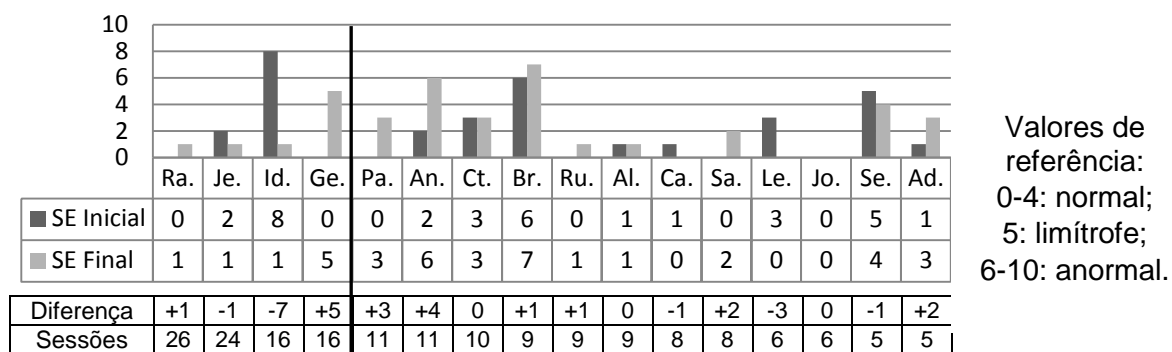


Gráfico 6 – Avaliação inicial e final dos educados da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 6 podemos observar que, segundo os educadores, antes e depois da intervenção 13 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e 2 de nível “anormal”.

Relativamente às quatro crianças que estiverem presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção 3 apresentaram valores de nível “normal” e 1 de nível “anormal”. Após a intervenção 3 apresentaram valores de nível “normal” e 1 de nível “limítrofe”.

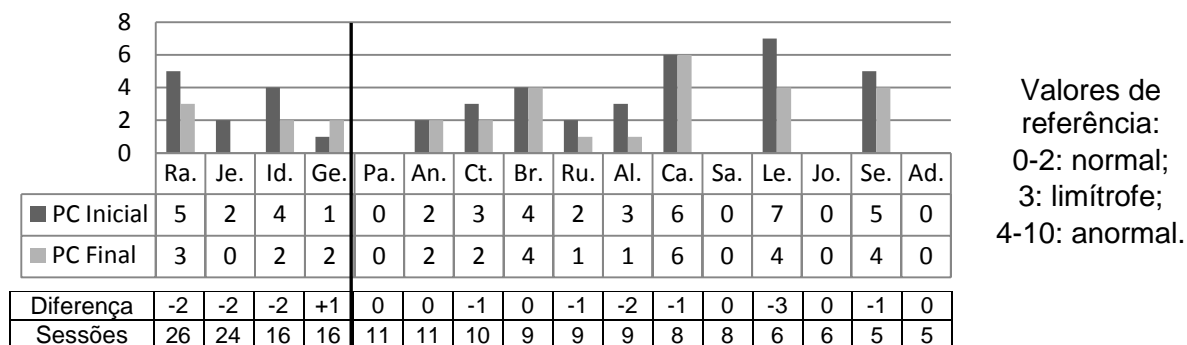


Gráfico 7 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Na escala de problemas antes da intervenção 8 crianças apresentaram resultados de nível “normal”, 2 de nível “limítrofe” e 6 de nível “anormal”. Após a intervenção 11 crianças apresentaram resultados de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e 4 de nível “anormal”.

Quanto às 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção 2 apresentaram valores de nível “anormal” e 2 de nível “normal”. Após a intervenção 1 apresentava valores de nível “limítrofe” e as restantes valores de nível “normal”.

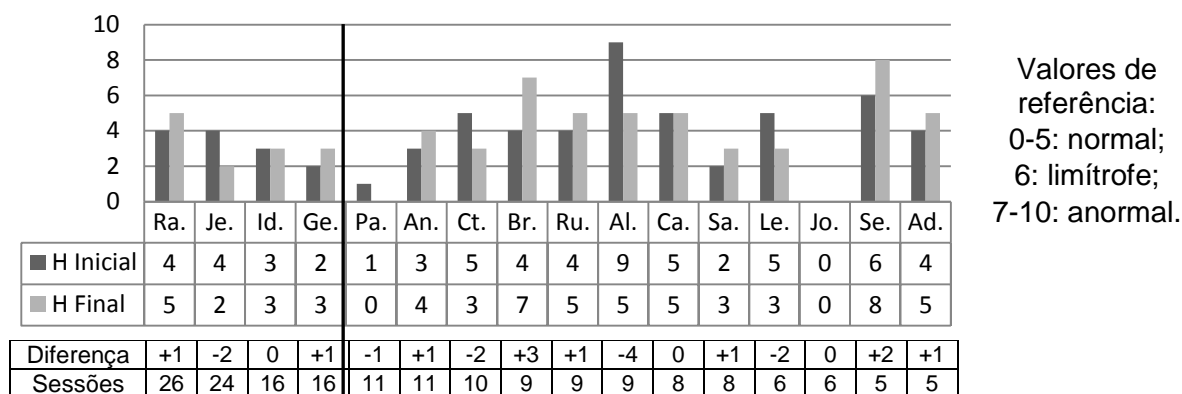


Gráfico 8 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 8 podemos verificar que antes da intervenção 14 crianças encontravam-se no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 1 no nível “anormal”. Após a intervenção 14 crianças apresentaram valores de nível “normal” e 2 de nível “anormal”. Relativamente às 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, todas se encontravam no nível “normal” antes das sessões, mantendo-se no mesmo nível após as sessões.

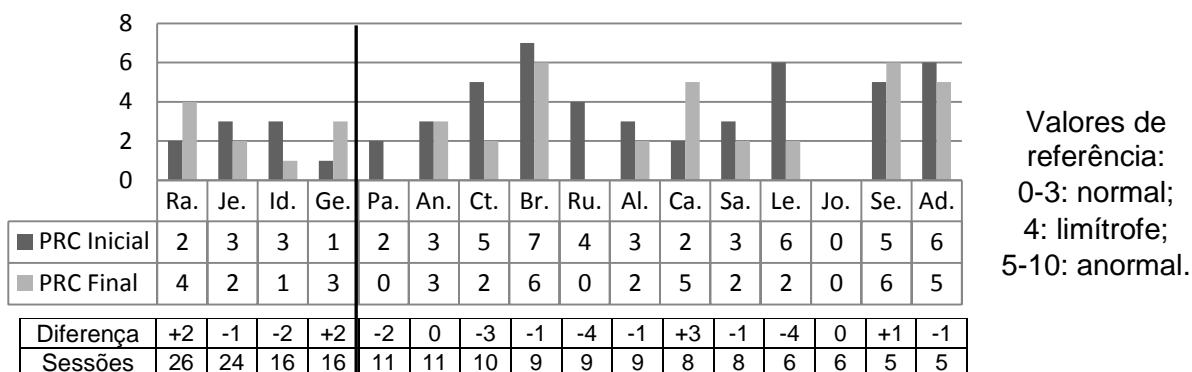


Gráfico 9 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 9 podemos verificar que, segundo os educadores, antes da intervenção 10 crianças apresentaram valores “normais” na escala de problemas de relacionamento com os colegas, 1 valores “limítrofe” e 5 valores “anormais”. Após a intervenção 11 crianças apresentaram valores “normais”, 1 valores “limítrofe” e 4 valores de nível “anormal”.

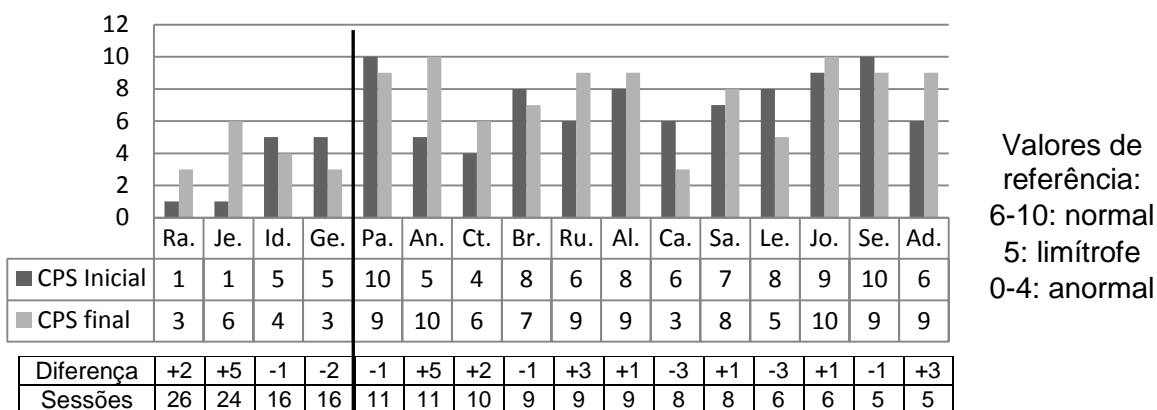


Gráfico 10 – Avaliação inicial e final dos educadores da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 10 podemos observar que, segundo os educadores, antes da intervenção 10 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 3 crianças apresentaram valores de nível “limítrofe” e 3 crianças apresentaram valores de nível “anormal”. Após a intervenção 11 crianças apresentavam valores de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e 4 de nível “anormal”.

Quanto às 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, inicialmente 2 apresentaram valores de nível “anormal” e 2 apresentaram valores de nível “limítrofe”, tendo após a intervenção 3 apresentado valores de nível “anormal” e 1 de nível “normal”.

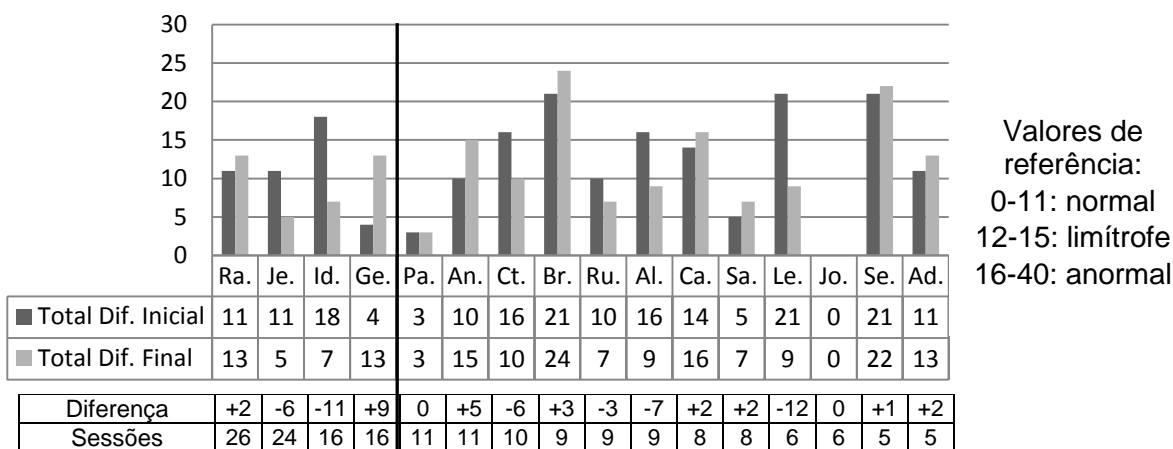


Gráfico 11 – Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Através do gráfico 8 podemos verificar que, segundo a avaliação dos educadores, antes da intervenção 6 crianças apresentaram um nível “anormal” de dificuldades, 1 apresentaram um nível “limítrofe” e 9 apresentaram um nível “normal”. No entanto, após a intervenção, apenas 3 crianças apresentaram valores de nível “anormal”, 4 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 9 apresentaram valores de nível normal.

Quanto às 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, segundo os educadores, antes da intervenção 3 apresentaram valores de nível “normal” e 1 de nível “anormal”. Após a intervenção 2 apresentaram valores de nível “normal” e 2 apresentaram valores de nível “limítrofe”.

Avaliação inicial e final dos auxiliares – Casa da Fonte

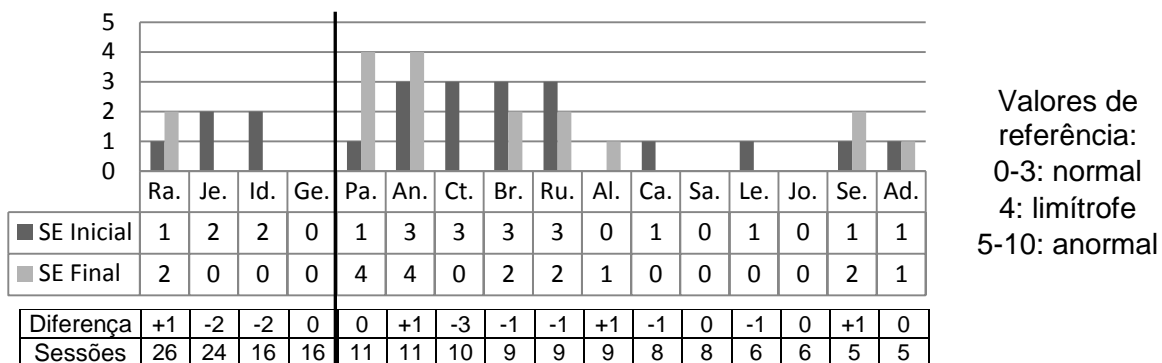


Gráfico 12 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 12, podemos observar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção todas as crianças apresentaram valores de nível “normal” e após a intervenção 2 crianças apresentaram valores de nível “limítrofe” e as restantes mantiveram valores de nível “normal”.

Relativamente às 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, todas mantiveram valores “normais” após a intervenção.

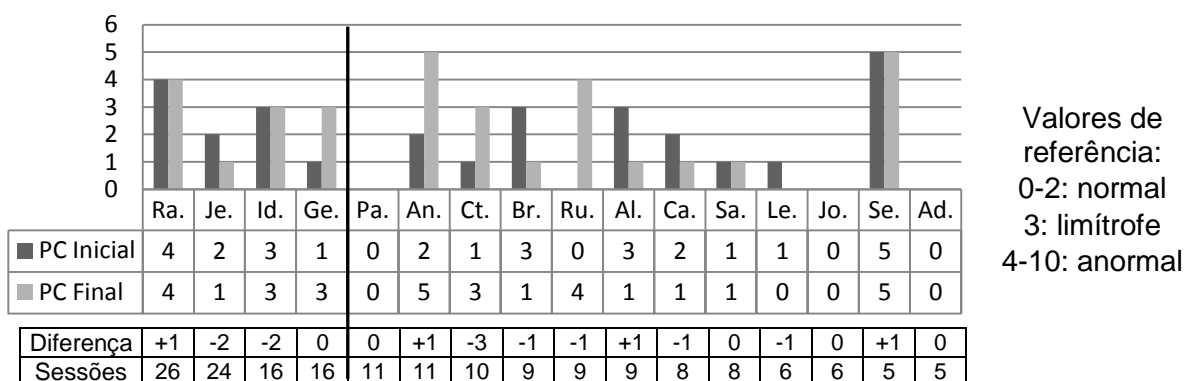


Gráfico 13 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 13, podemos observar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção 11 crianças apresentaram valores de nível “normal” na escala de problemas de comportamento, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 2 apresentaram valores de nível “anormal”. Após a intervenção 9 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 4 apresentaram valores de nível “anormal” nos problemas de comportamento.

Quanto às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção 2 apresentaram valores de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e 1 de nível “anormal”, e após a intervenção 1 apresentava valores de nível “normal”, 2 de nível “limítrofe” e 1 de nível “anormal”.

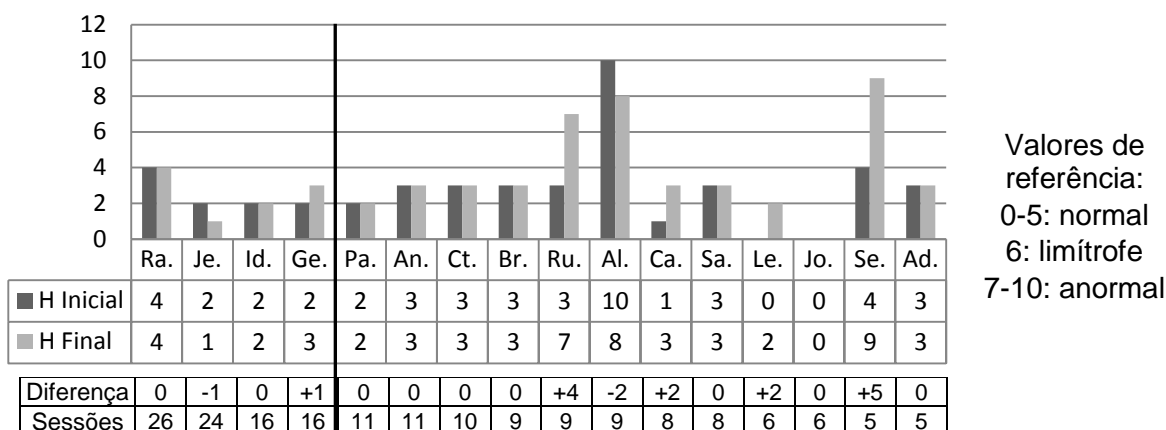


Gráfico 14 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 14 podemos verificar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção 15 crianças apresentaram níveis “normais” na escala de hiperatividade e 1 nível “anormal”. Após a intervenção 13 crianças apresentaram níveis “normais” e 3 níveis “anormais”.

Relativamente às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, tanto inicialmente como após a intervenção, 3 apresentaram níveis “normais” na escala de hiperatividade e 1 apresentava valores de nível “limítrofe”.

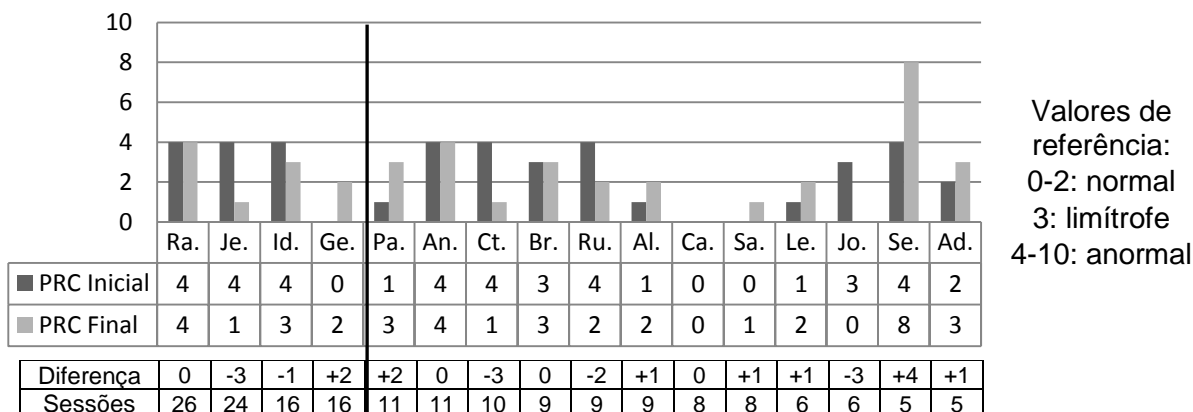


Gráfico 15 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Antes da intervenção, segundo os auxiliares, 7 crianças apresentaram valores de nível “normal” na escala de problemas de relacionamento com os colegas, 2 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 7 apresentaram valores de nível “anormal”. Após a intervenção, 9 crianças apresentaram valores de nível “normal” na escala de problemas de relacionamento com os colegas, 4 crianças apresentaram valores de nível “limítrofe” e 3 apresentaram valores de nível “anormal”.

Quanto às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção apenas 1 apresentava valores de nível “normal” e as restantes apresentaram valores de nível “anormal”. Após a intervenção 2 apresentaram valores de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e 1 de nível “anormal”:

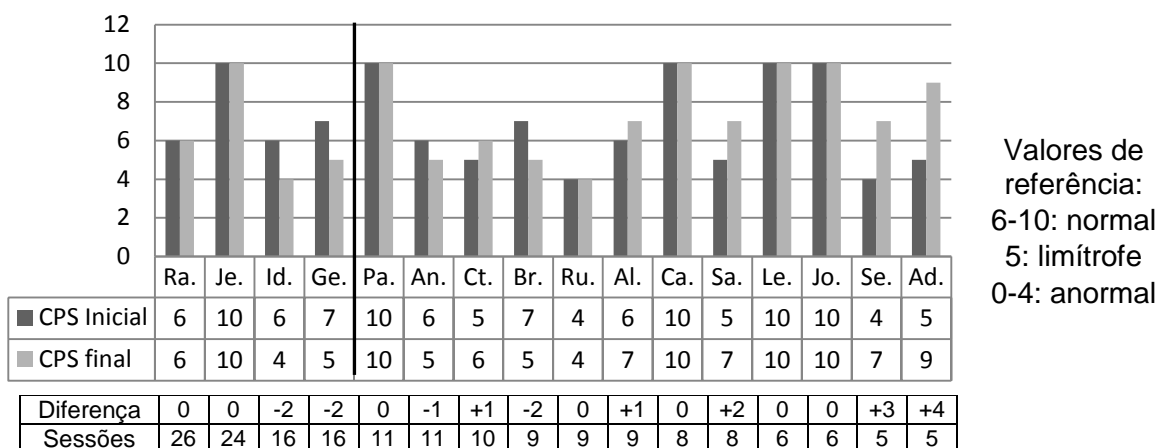


Gráfico 16 – Avaliação inicial e final dos auxiliares da escala de Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Segundo os auxiliares, antes e depois da intervenção 11 crianças apresentaram valores de nível “normal” na escala de comportamento pró-social, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 2 apresentaram valores de nível “anormal”.

Relativamente às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção todas apresentaram valores de nível “normal” e após a intervenção 2 apresentaram valores de nível “normal”, 1 apresentava valores de nível “limítrofe” e 1 apresentava valores de nível “anormal”.

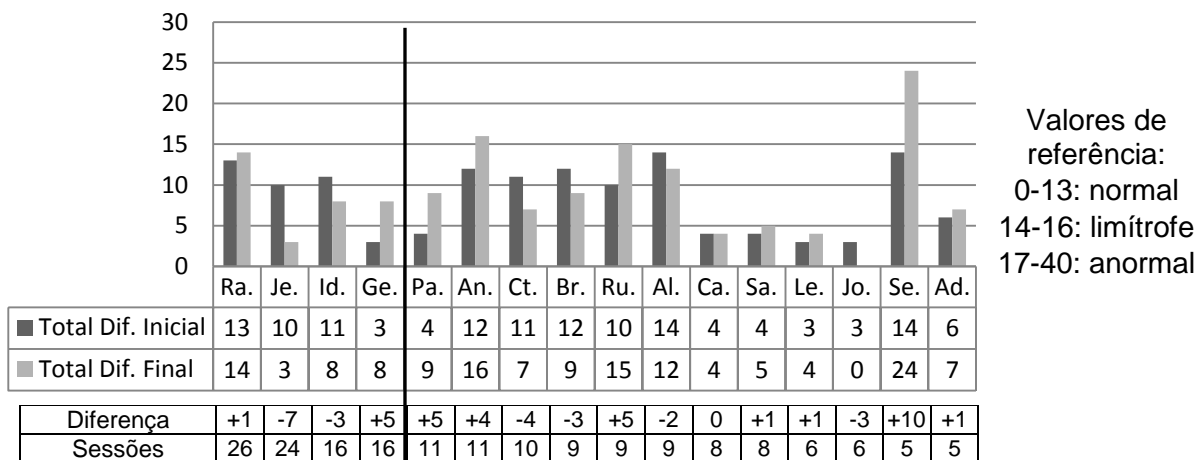


Gráfico 17 – Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 17 podemos observar que, segundo os auxiliares, antes da intervenção 14 crianças apresentaram valores de nível “normal” no total de dificuldades e 2 apresentaram valores de nível “limítrofe”. Após a intervenção, 12 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 3 de nível “limítrofe” e 1 de nível “anormal”.

Quanto às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, inicialmente todas apresentaram valores de nível “normal”, tendo após a intervenção, mantido valores dentro do mesmo nível, exceto o Ra. que apresentou valores de nível “limítrofe”.

Avaliação Inicial e Final das crianças – Casa da Fonte

Na avaliação feita pelas crianças apenas estão apresentados os dados de 13 crianças pois não foi possível obter a avaliação final de 3 crianças.

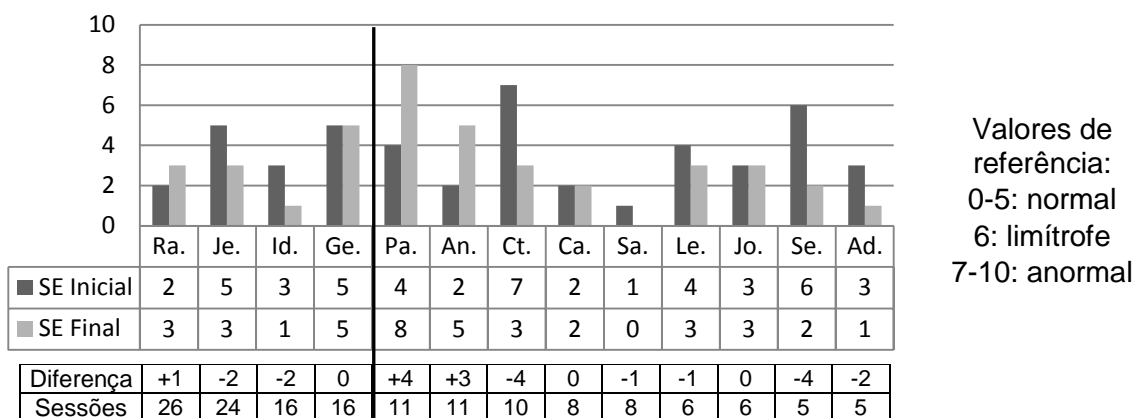


Gráfico 18 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 18 podemos observar que, segundo as crianças, antes da intervenção 11 apresentaram valores de nível “normal”, 1 apresentava valores de nível “limítrofe” e 1 apresentava valores de nível “anormal”. Após a intervenção 12 crianças apresentaram valores de nível “normal” e 1 apresentava valores de nível “anormal”. Relativamente às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, todas as crianças apresentaram valores de nível “normal” na avaliação inicial, mantendo valores dentro dos mesmos níveis após a intervenção.

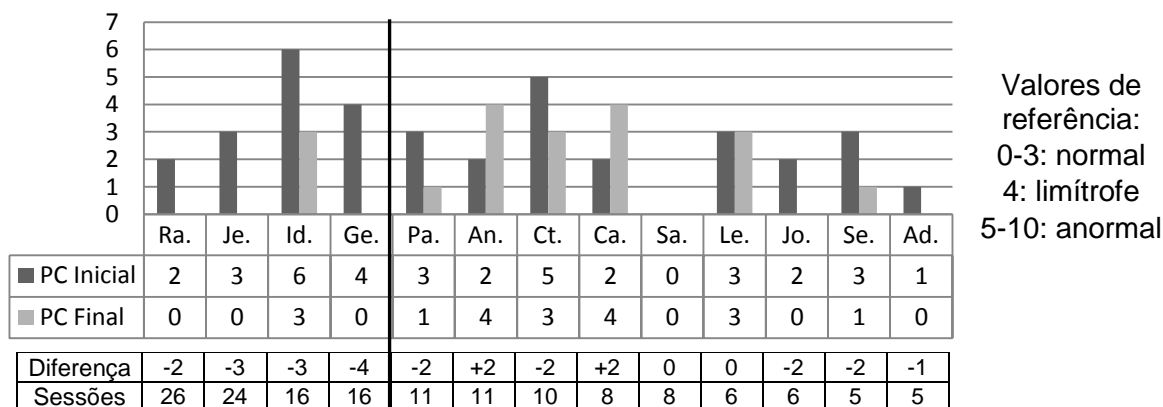


Gráfico 19 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 19 podemos verificar que, segundo as crianças, antes da intervenção 10 apresentaram valores de nível “normal”, 1 apresentou valores de nível “limítrofe” e 2 apresentaram valores de nível “anormal” nos problemas de comportamento. Após a intervenção todas as crianças apresentaram valores de nível “normal” nesta escala.

Quanto às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção 2 apresentaram problemas de comportamento de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e 1 de nível “anormal”, tendo todas apresentado valores de nível “normal” após a intervenção.

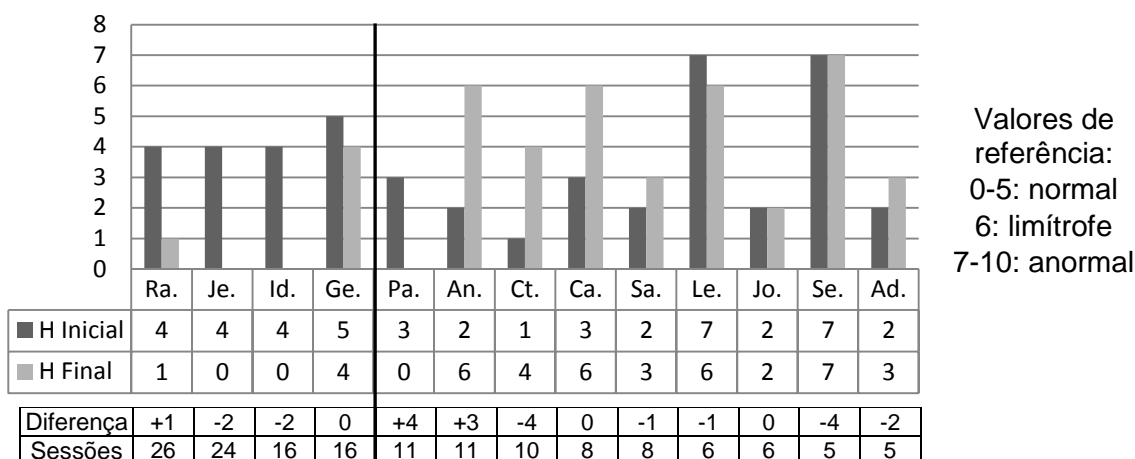


Gráfico 20 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Segundo a avaliação feita pelas crianças, antes da intervenção 11 crianças apresentaram valores de nível “normal” e 2 valores de nível “anormal” na escala de hiperatividade. Após a intervenção 9 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 1 apresentou valores de nível “anormal”.

Quanto às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, todas consideraram, tanto antes como depois da intervenção, apresentar valores “normais” na escala de hiperatividade.

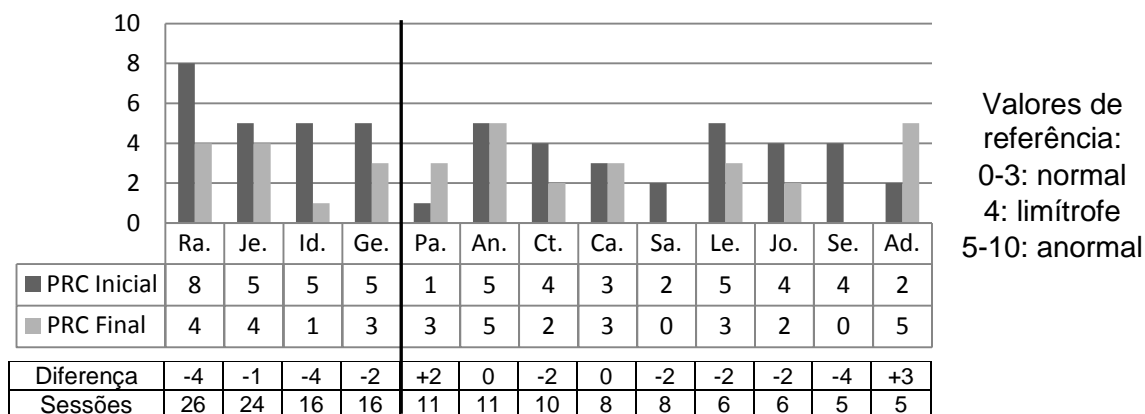


Gráfico 21 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 21 podemos observar que, segundo as crianças, antes da intervenção 4 apresentaram valores de nível “normal” na escala de problemas de relacionamento com os colegas, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 6 apresentaram valores de nível “anormal”. Após a intervenção 9 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 2 crianças apresentaram valores de nível “limítrofe” e 2 crianças apresentaram valores de nível “anormal”.

Relativamente às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção todas apresentaram valores de nível “anormal” e após a intervenção 2 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 2 de nível normal na escala de problemas de relacionamento com os colegas.

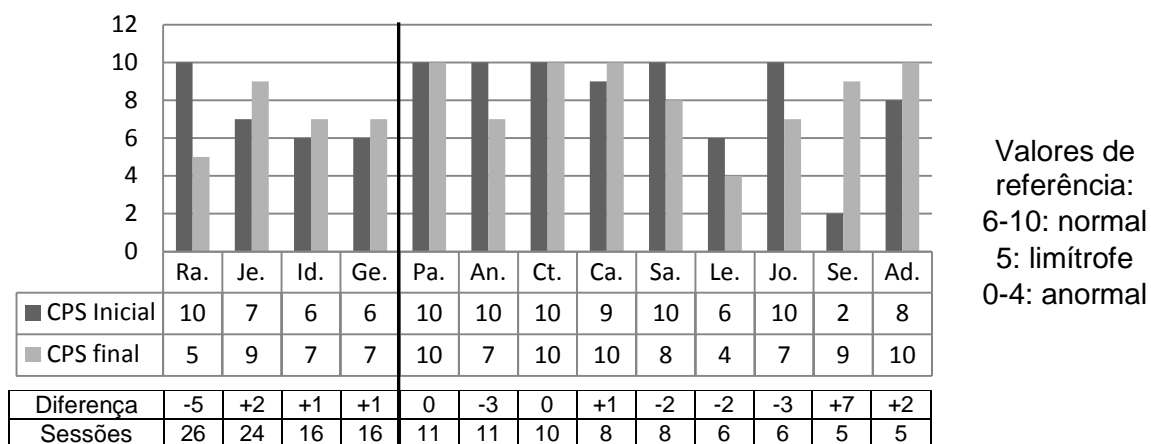


Gráfico 22 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Segundo a avaliação feita pelas crianças, antes da intervenção 12 crianças apresentaram valores de nível “normal” na escala de comportamento pró-social e 1 apresentou valores de nível “anormal”. Após a intervenção 11 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 1 apresentou valores de nível “limítrofe” e 1 de nível “anormal”. Quanto às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, inicialmente todas apresentaram valores de nível “normal” no comportamento pró-social, tendo todas mantido valores no mesmo nível, após a intervenção, exceto o Ra. que na avaliação final apresentou valores de nível “anormal”.

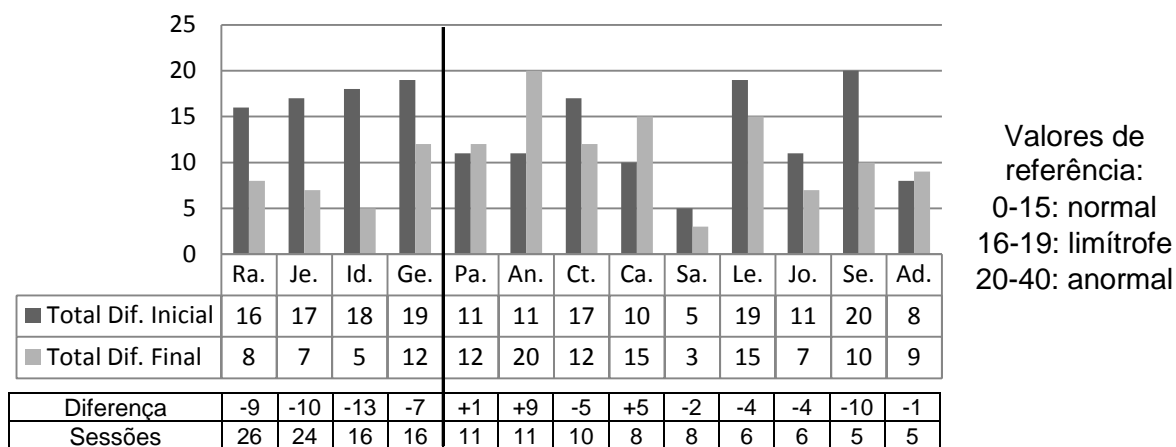


Gráfico 23 – Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 23 podemos observar que, segundo as crianças, antes da intervenção 6 crianças apresentaram valores de nível “normal” no total de dificuldades, 6 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 1 apresentou valores de nível “anormal”. Após a intervenção, 12 crianças apresentaram valores de nível “normal” e 1 apresentou valores de nível “anormal”.

Relativamente às crianças presentes em mais de metade das sessões, inicialmente todas apresentavam valores de nível “limítrofe” e, após a intervenção, todas apresentaram valores de nível “normal” no total de dificuldades.

Avaliação do Impacto do Programa – Casa da Fonte

Relativamente à utilidade da intervenção 15 crianças consideraram que estas foram “giras e úteis”, enquanto uma considerou serem “nem giras, nem giras”. A maioria das crianças gostou muito das sessões, duas gostaram “mais ou menos” e uma gostou pouco.

Os momentos da sessão preferidos pelas crianças foram as atividades centrais e a relaxação, tendo o diálogo inicial e final sido um o momento que menos gostaram.

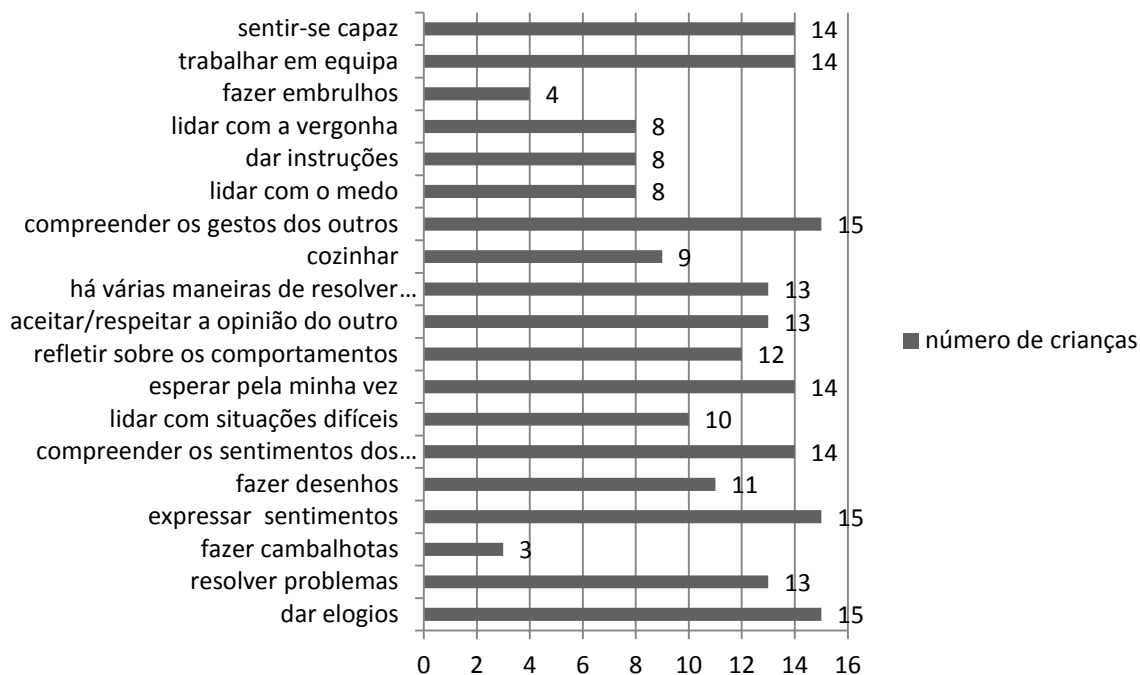


Gráfico 24 – Aprendizagens adquiridas pelas crianças após a intervenção – Grupo geral Casa da Fonte

Podemos ver que as principais aprendizagens adquiridas pelas crianças foram: “sentir-se capaz”, “trabalhar em equipa”, “compreender os gestos do outro”, “esperar pela vez”, “compreender os sentimentos do outro”, “expressar sentimentos” e “dar elogio” (gráfico 24).

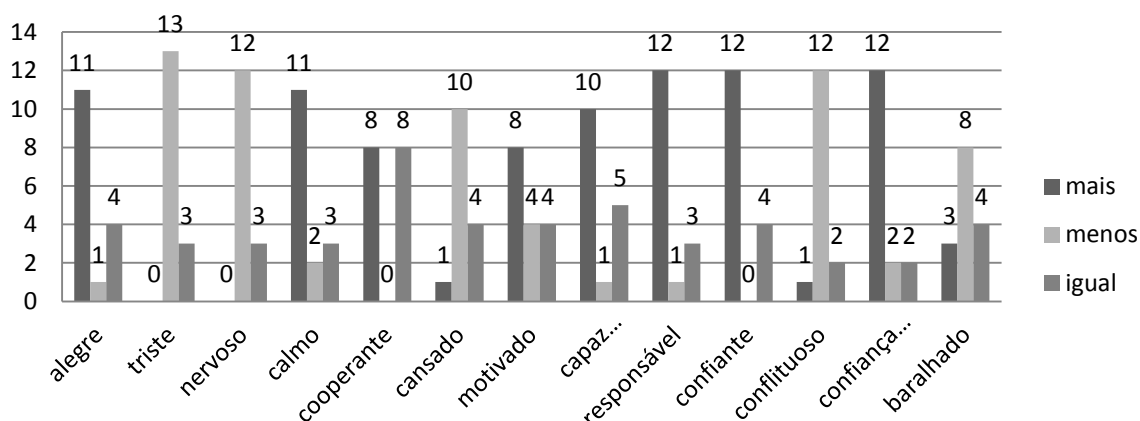


Gráfico 25 – Autoavaliação do estado geral das crianças após a intervenção – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 25, podemos observar que de modo geral, regista-se a perceção de uma evolução positiva, dado que as crianças sentiram-se mais alegres, calmas, capazes de falar/escutar, responsáveis, com confiança em si e nos colegas. A maioria das crianças sentiu-se também menos tristes, nervosa, cansada e conflituosa. De todas as crianças, 14 voltariam a participar nas sessões e 13 tentariam convencer um amigo a participar.

Quanto ao impacto do programa nas 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões (pelo menos 14 sessões), 3 consideraram as sessões “giras e úteis” e uma considerou “nem giras, nem úteis”. Uma criança disse ter gostado muito das sessões, duas “mais ou menos” e outra “pouco”. O momento da sessão mais apreciado foi a relaxação, sendo o diálogo inicial/final o menos apreciado. Relativamente às aprendizagens adquiridas, todos consideraram ter aprendido a compreender os gestos dos outros e que existem várias maneiras de resolver um problema.

Após a intervenção podemos dizer que de um modo geral houve uma evolução positiva, tendo 3 das 4 crianças que frequentaram mais de metade das sessões sentindo-se mais calmas, cooperantes, capazes de falar e escutar os outros, responsáveis e confiantes. Consideraram também sentirem-se menos tristes e conflituosos.

Quanto à pergunta sobre se voltavam a participar nas sessões no próximo ano, 2 crianças disseram que sim porque aprendiam coisas novas e eram giras, e 2 disseram que não voltariam, tendo uma justificado que era porque não gostou e a outra para ter mais tempo para fazer os trabalhos de casa e para brincar.

Avaliação das Sessões

Tendo em consideração a variabilidade de crianças ao longo das sessões, considerou-se pertinente a realização de uma avaliação da satisfação das crianças ao longo das sessões e as aprendizagens adquiridas por estas.

De um modo geral as crianças gostaram muito das sessões, tendo as sessões 13, 18 e 21 (planeamentos em anexo) sido as sessões que menos agradaram às crianças. Na sessão 13 foram as crianças quem escolheu uma das atividades a realizar, no entanto, durante a sessão houve alguns conflitos entre pares. A sessão 18 e 21 envolveram atividade de grupo existindo alguns conflitos dentro dos grupos.

Relativamente às aprendizagens adquiridas ao longo das sessões, as mais referidas pelas crianças foram: esperar pela sua vez, expressar e compreender sentimentos, aceitar/respeitar a opinião do outro, trabalhar em equipa, confiar nos colegas e refletir sobre o seu comportamento.

4.3.2. Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 2

Seguidamente encontra-se a apresentação dos resultados das avaliações, iniciais e finais, do grupo 2, através do questionário SDQ. Primeiro encontra-se a avaliação feita pelos professores, de seguida pelos pais e por fim pelas crianças. Para terminar segue-se a avaliação do impacto do programa por parte das crianças.

Avaliação Inicial

A avaliação inicial das várias escalas do SDQ inicial da criança, do professores e dos pais, foi a base para a realização dos objetivos da intervenção.

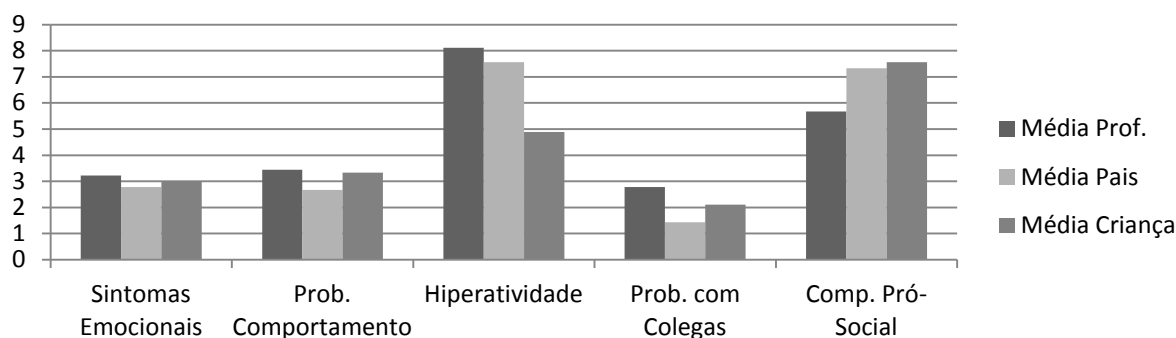


Gráfico 26 – Valores médios das respostas iniciais dadas pelos professores, pais e crianças no SDQ - Grupo 2

Analisando o gráfico 26, podemos verificar que na avaliação inicial, segundo as três fontes de avaliação, as crianças apresentaram valores dentro da normalidade nos sintomas emocionais, nos problemas de relacionamento com os colegas e no comportamento pró-social. Relativamente aos problemas de comportamento as crianças encontravam-se num nível “limítrofe” e nos problemas, segundo a avaliação feita pelos pais e professores, encontravam-se num nível “anormal”.

Quadro 10 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal			Limítrofe			Anormal		
	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	0-5	5	4	6	6-10	5-10	7-10
Prob. Comportamento	0-2	0-2	0-3	3	3	5	4-10	4-10	5-10
Hiperatividade	0-5	0-5	0-5	6	6	6	7-10	7-10	7-10
Prob. com Colegas	0-3	0-2	0-3	4	3	4-5	5-10	4-10	6-10
Comportamento Pró-Social	6-10	6-10	6-10	5	5	5	0-4	0-4	0-4

Avaliação Inicial e Final dos professores – Grupo 2

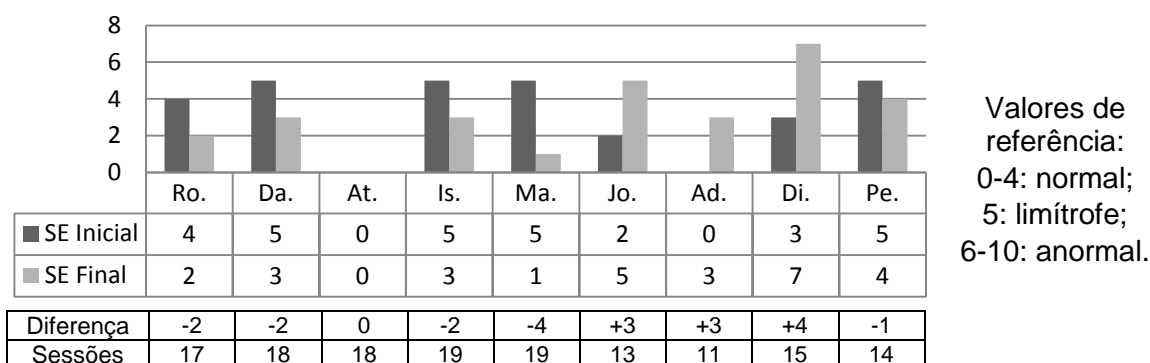


Gráfico 27 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 2

Através da análise do gráfico 27 podemos verificar que, segundo os professores, 5 crianças apresentaram melhorias ao nível dos sintomas emocionais, uma manteve os mesmos valores, e 3 mostraram valores superiores no final da intervenção. Antes da intervenção o Da., a Is., o Ma. e o Pe. apresentaram valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “normal”. No final da intervenção apenas o Di. apresentou valores de nível “anormal” relativamente aos sintomas emocionais, o Jo. apresentou valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças mostraram valores “normais”.

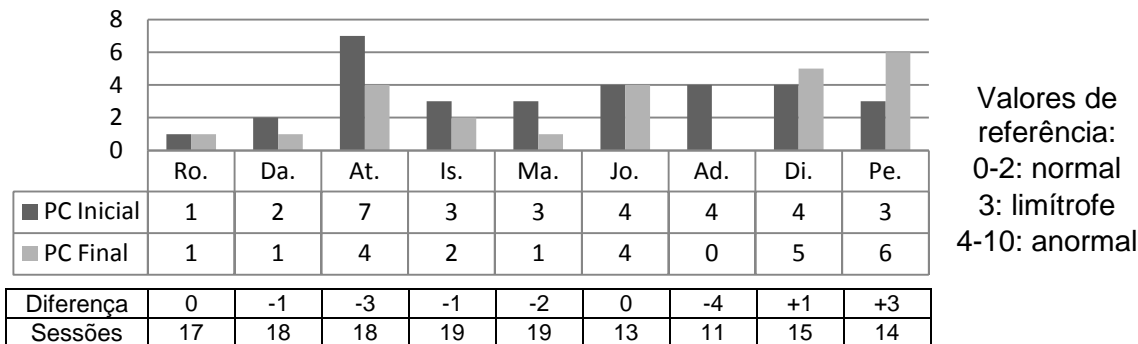


Gráfico 28 - Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 2

Através da análise do gráfico 28 podemos verificar que, segundo os professores, 5 crianças apresentaram melhorias ao nível dos problemas de comportamento, 2 apresentaram resultados piores e 2 mantiveram. Antes da intervenção 4 crianças apresentaram valores de nível “anormal” na escala de problemas de comportamento, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 2 de nível “normal”. É possível observar que no final da intervenção, apenas 2 crianças apresentaram problemas de comportamento de nível “anormal”, outras 2 de nível “limítrofe” e as 5 restantes de nível “normal”.



Gráfico 29 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 2

Como é possível observar no gráfico 29, a maioria das crianças apresentou melhores resultados na avaliação final relativamente à avaliação inicial. Segundo os professores houve uma melhoria nos resultados do Da., do At., do Ma., do Ad., do Di. e do Pe., sendo que o Jo. foi o único aluno que mostrou aumento dos valores de hiperatividade. Antes da intervenção 8 crianças apresentaram valores de nível “anormal” e 1 de nível “normal”, enquanto depois da intervenção, apenas 5 crianças apresentaram valores de nível “anormal”, 1 de nível “limítrofe” e 3 de nível “normal”.

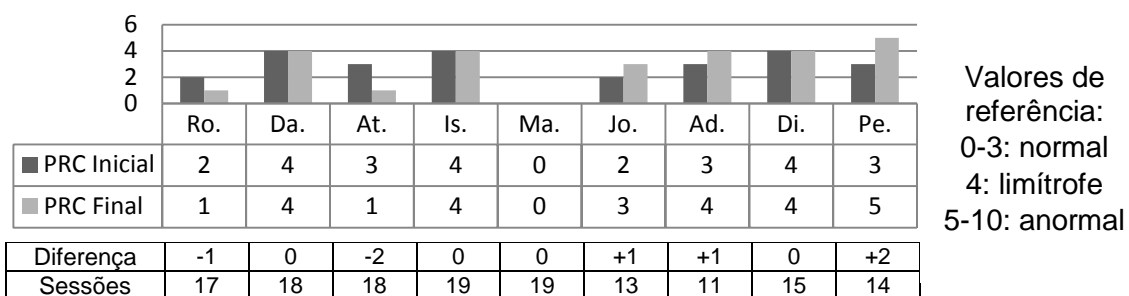


Gráfico 30 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 2

Analisando o gráfico 30 podemos observar que, segundo os professores, apenas duas crianças apresentaram melhorias ao nível do relacionamento com os colegas, três apresentaram piores resultados após a intervenção, e quatro mantiveram os mesmos resultados. Antes da intervenção 3 crianças apresentaram valores de nível “limítrofe” e as restantes valores de nível “normal”. No final da intervenção 1 criança encontrava-se com níveis “anormais” nesta escala, 4 com níveis “limítrofes” e 4 com níveis “normais”.

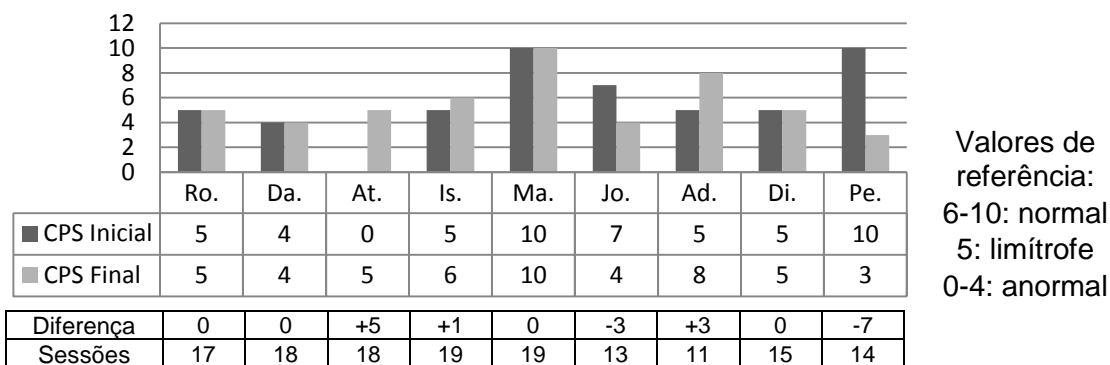


Gráfico 31 – Avaliação Inicial e Final dos professores da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 2

Na escala de comportamento pró-social três crianças mostraram melhorias, quatro mantiveram os mesmos valores e duas mostraram valores mais baixos. Antes da intervenção, 2 crianças apresentaram valores de nível “anormal”, 4 de nível “limítrofe” e 3 de nível “normal”. Segundo os professores, após a intervenção, 3 crianças apresentaram valores “anormais” nesta escala, 3 apresentaram valores “limítrofes” e 3 apresentaram valores “normais”.

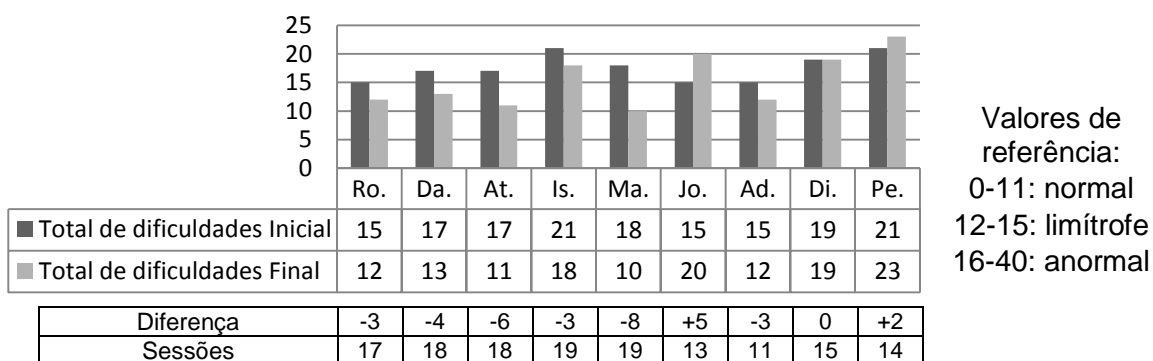
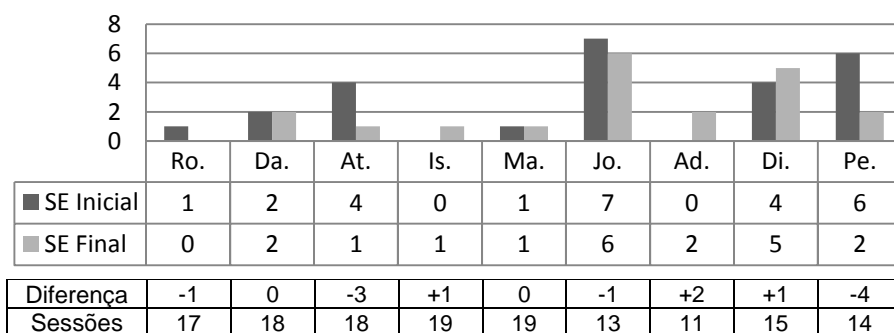


Gráfico 32 – Avaliação Inicial e Final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 2

Analisando o gráfico 32 é possível verificar que, segundo os professores, 6 crianças apresentaram níveis de dificuldades mais baixos, uma manteve e 2 aumentaram o seu nível de dificuldades. Antes da intervenção o Da., o At., a Is., o Ma., o Di. e o Pe. apresentaram valores de nível “anormal”, e os restantes colegas apresentaram valores de nível “limítrofe”. No final da intervenção a Is., o Jo., o Di. e o Pe. encontravam-se ainda no nível “anormal” do total de dificuldades, o Ro. o Da. e o Ad. encontravam-se no nível “limítrofe do total de dificuldades, e o At. e o Ma. encontravam-se já no nível “normal”.

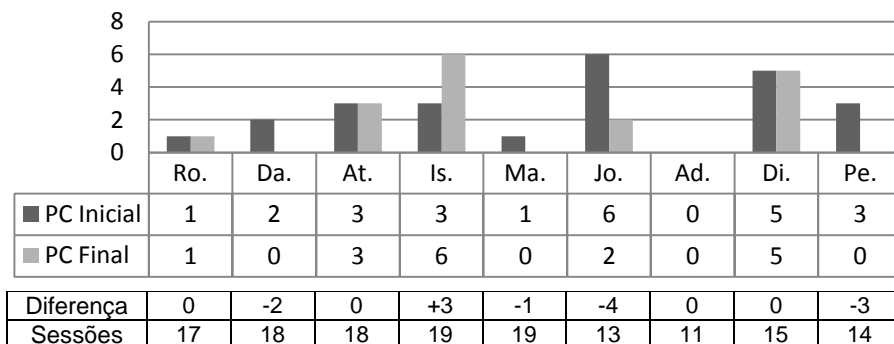
Avaliação Inicial e Final dos pais – Grupo 2



Valores de referência:
0-3: normal
4: limítrofe
5-10: anormal

Gráfico 33 - Avaliação inicial e final dos pais da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 2

Segundo a avaliação feita pelos pais 4 crianças mostraram melhorias nos resultados da escala sintomas emocionais, 2 crianças mantiveram os mesmos resultados, e 3 crianças apresentaram piores resultados (gráfico 33). Antes da intervenção, o Jo. e o Pe. apresentaram valores de nível “anormal”, o At. e o Di. apresentaram valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “normal”. Após a intervenção o Jo. e o Di. apresentaram resultados de nível “anormal”, e os restantes colegas apresentaram resultados de nível “normal”.



Valores de referência:
0-2: normal
3: limítrofe
4-10: anormal

Gráfico 34 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 2

Analisando o gráfico 34 é possível verificar que houve um decréscimo nos problemas de comportamento em 4 crianças, um acréscimo em uma criança e 4 mantiveram os valores obtidos inicialmente. Antes da intervenção 2 crianças apresentaram valores de nível “anormal”, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e as restantes apresentaram valores de nível “normal”. Após a intervenção a Is. e o Di. apresentaram valores de nível “anormal” nos problemas de comportamento, o At. apresentou valores de nível “limítrofe”, e os restantes alunos apresentaram valores “normais”.

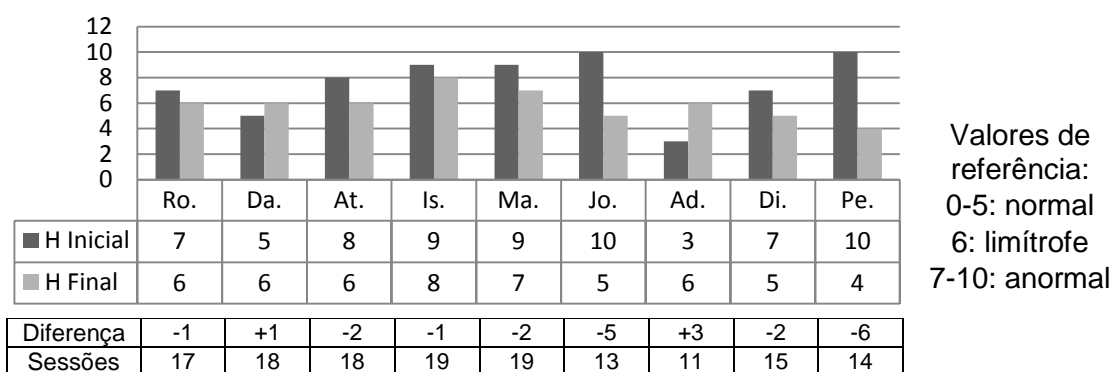


Gráfico 35 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 2

Analisando o gráfico 35 podemos observar que, antes da intervenção 7 crianças apresentaram valores de nível “anormal” na escala de hiperatividade e 2 apresentaram valores de nível “normal”. Após o período de intervenção apenas a Is. e o Ma. apresentaram valores correspondentes ao nível “anormal”, o Ro., o Da., o At. e o Ad. apresentaram valores de nível “limítrofe”, e o Jo. o Di. e o Pe. apresentaram valores de nível “normal”.

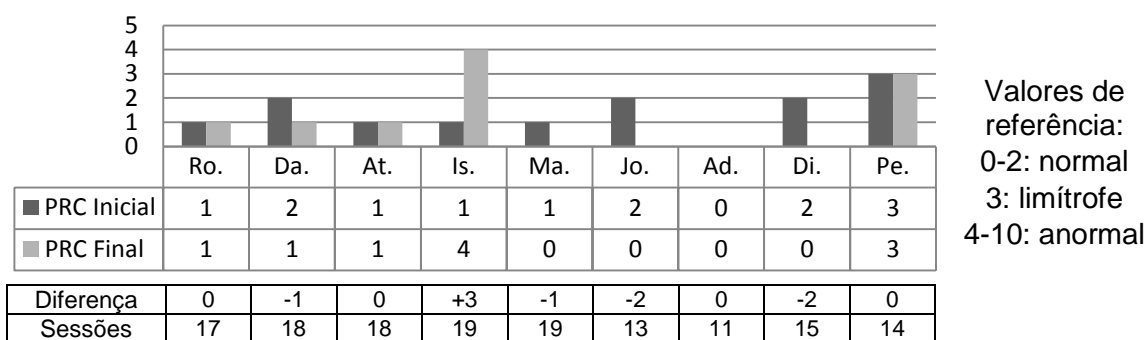


Gráfico 36 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 2

Segundo o gráfico 36 é possível observar que antes da intervenção, todas as crianças apresentaram valores de nível “normal” nesta escala, à exceção do Pe. que apresentou valores de nível “limítrofe”. Após a intervenção apenas a Is. apresentava problemas de relacionamento com os colegas de nível “anormal”, o Pe. apresentava valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “normal”.

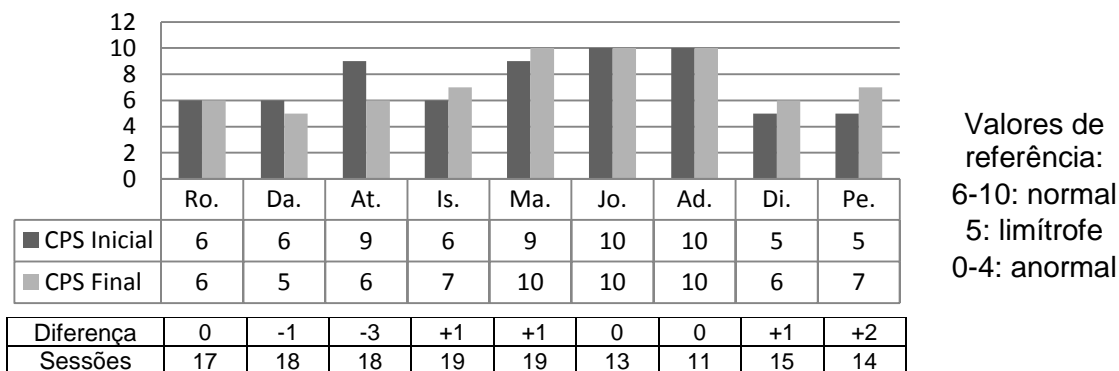


Gráfico 37 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 2

É possível verificar que, segundo os pais, houve 4 crianças que apresentaram melhores resultados ao nível do comportamento pró-social, 3 mantiveram os mesmos resultados e duas apresentaram piores resultados nesta escala (gráfico 37). Antes da intervenção o Di. e o Pe. apresentaram valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “normal”. Após a intervenção o Da. apresenta um nível “limítrofe” no comportamento pró-social, e as restantes crianças apresentaram níveis “normais”.

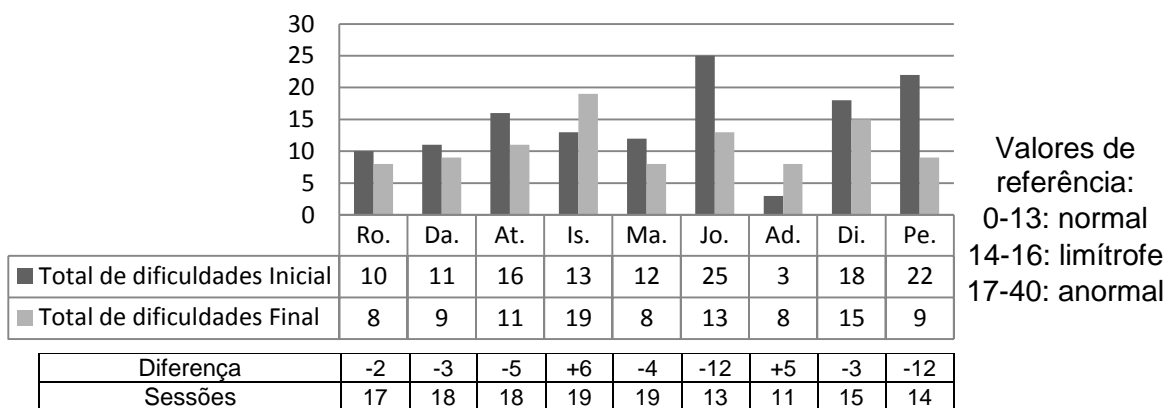


Gráfico 38 – Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 2

Analisando os dados do gráfico 38, observamos que, segundo os pais, 7 crianças apresentaram melhorias no total de dificuldades e 2 apresentaram piores resultados. Na avaliação inicial, o Jo., o Di. e o Pe. apresentaram valores de nível “anormal”, o At. de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “normal”. Após a intervenção, apenas a Is. se encontrava num nível “anormal” do total de dificuldades, o Di. no nível “limítrofe” e as restantes crianças encontravam-se no nível “normal”.

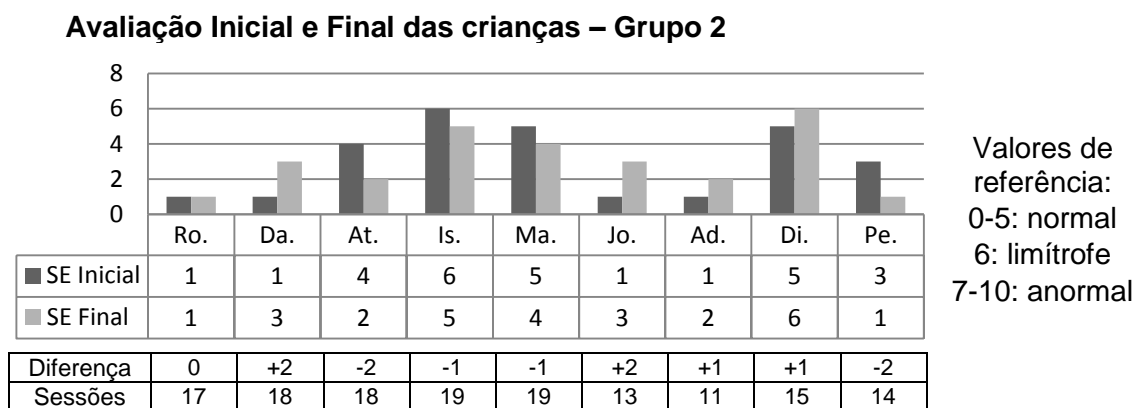


Gráfico 39 – Avaliação inicial e final da criança da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 2

No gráfico 39 podemos observar que 4 crianças consideraram terem melhorado a nível dos sintomas emocionais, uma considerou estar igual relativamente ao início das sessões e 4 apresentaram piores resultados nesta escala. Antes da intervenção a Is. apresentou valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “normal”. Após a intervenção, e segundo a sua autoavaliação, o Di. apresentou valores correspondentes ao nível “limítrofe”, enquanto as restantes crianças apresentaram valores “normais”.

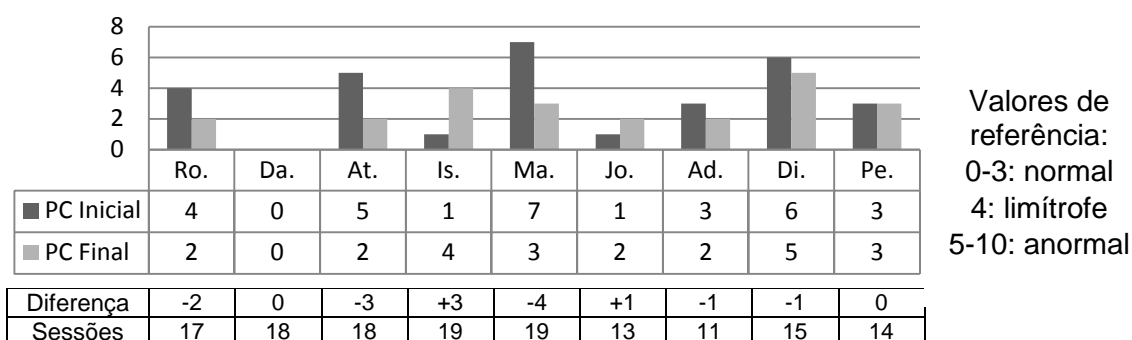


Gráfico 40 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 2

Segundo a autoavaliação das crianças, antes da intervenção, 3 crianças apresentaram valores de nível “anormal”, 1 de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “normal” na escala de problemas de comportamento. Após a intervenção, apenas o Di. mostrou resultados de nível “anormal”, a Is. apresentou resultados de nível “limítrofe”, e os restantes colegas consideraram estar no nível “normal”.



Gráfico 41 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 2

Segundo a autoavaliação das crianças, antes da intervenção, 2 crianças apresentaram valores de nível “anormal”, 2 apresentaram valores de nível “limítrofe” e as restantes apresentaram valores de nível “normal” na escala de hiperatividade. Após a intervenção, o At, a Is. e o Ad. apresentaram valores de nível “anormal” na hiperatividade, o Di. apresentava valores de nível “limítrofe”, e as restantes crianças apresentaram valores “normais”.

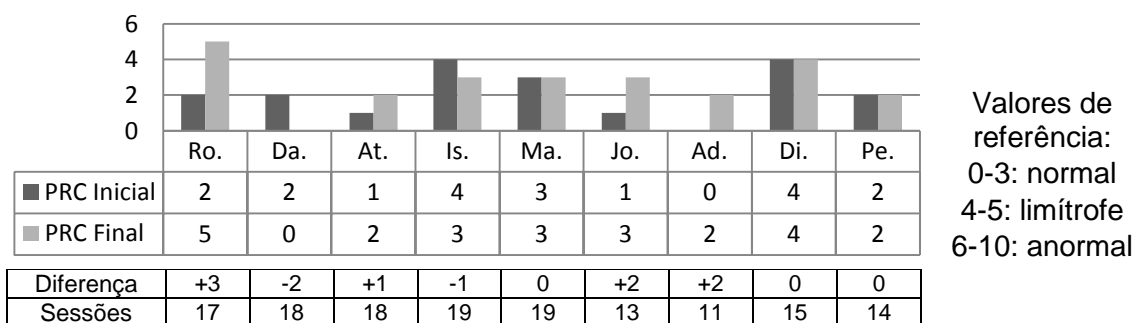


Gráfico 42 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas – Grupo 2

Segundo a autoavaliação das crianças, 2 consideraram ter melhorado no relacionamento com os colegas, 3 consideraram não ter havido alterações e 4 consideraram terem piorado nesta escala (gráfico 42). Após a intervenção apenas o Ro. e o Di. apresentaram valores de nível “limítrofe” e os restantes colegas apresentaram valores “normais”:

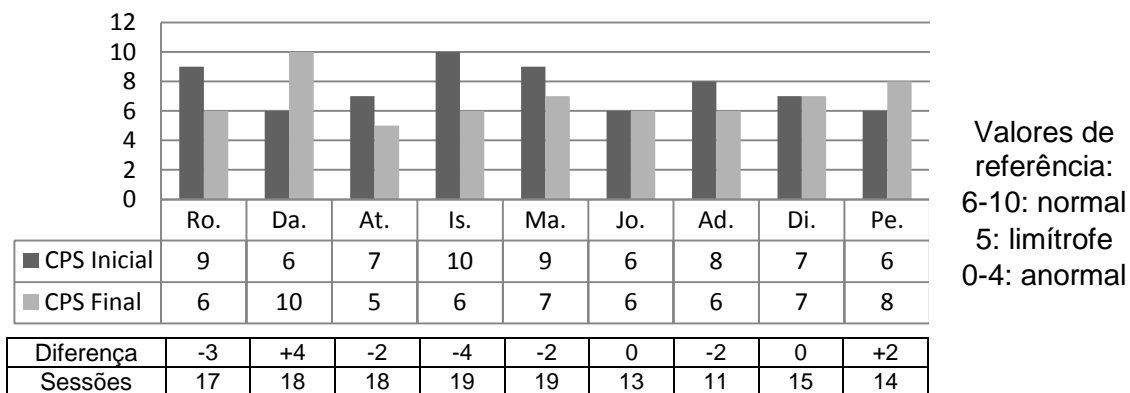


Gráfico 43 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 2

Analisando o gráfico 43 podemos ver que apenas 2 crianças consideraram ter melhorado no comportamento pró-social, 2 consideraram ter mantido o mesmo comportamento e 5 consideraram ter piorado nesta escala. Segundo a sua autoavaliação, antes da intervenção todas as crianças apresentaram valores de nível “normal”. Após a intervenção o At. apresenta valores correspondentes ao nível “limítrofe” no comportamento pró-social, e as restantes crianças apresentaram valores “normais”.

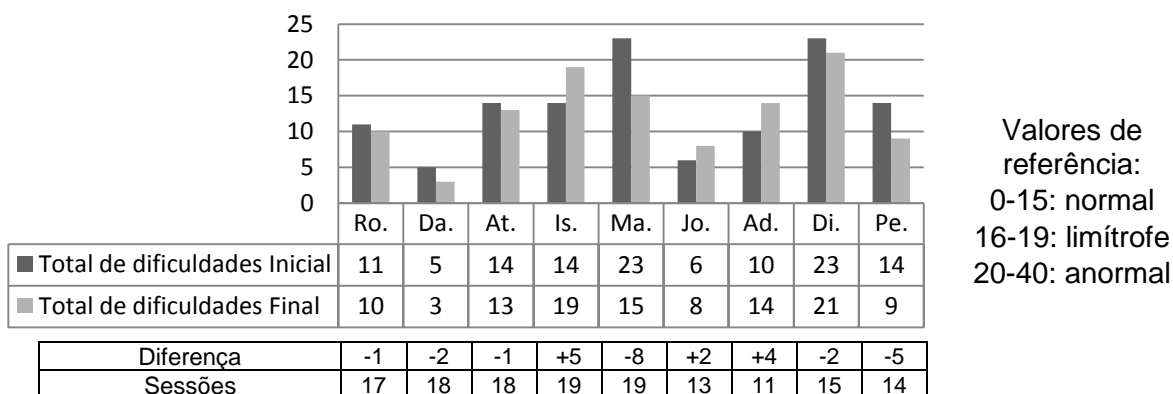


Gráfico 44 – Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 2

Segundo a autoavaliação das crianças, 6 consideraram ter melhorado no seu total de dificuldades, e 3 consideraram terem piorado. Antes da intervenção o Ma. e o Di. consideraram ter valores de nível “anormal” no total de dificuldades, e as restantes crianças consideraram apresentar valores “normais”. Após a intervenção apenas o Di. considerou ter valores de nível “anormal” nas suas dificuldades, a Is. considerou ter valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças consideraram apresentar valores “normais”.

Avaliação do Impacto do Programa por parte dos alunos – Grupo 2

Todas as crianças do grupo consideraram que as sessões foram giras e úteis, tendo gostado muito destas. Os momentos da sessão preferidos pelas crianças foram as

atividades/jogos e a relaxação, tendo 3 crianças gostado “mais ou menos” do diálogo inicial/final e as restantes 6 gostado “muito”. O grupo todo voltaria a participar nas sessões se pudesse, convidando um amigo para se juntar às sessões.

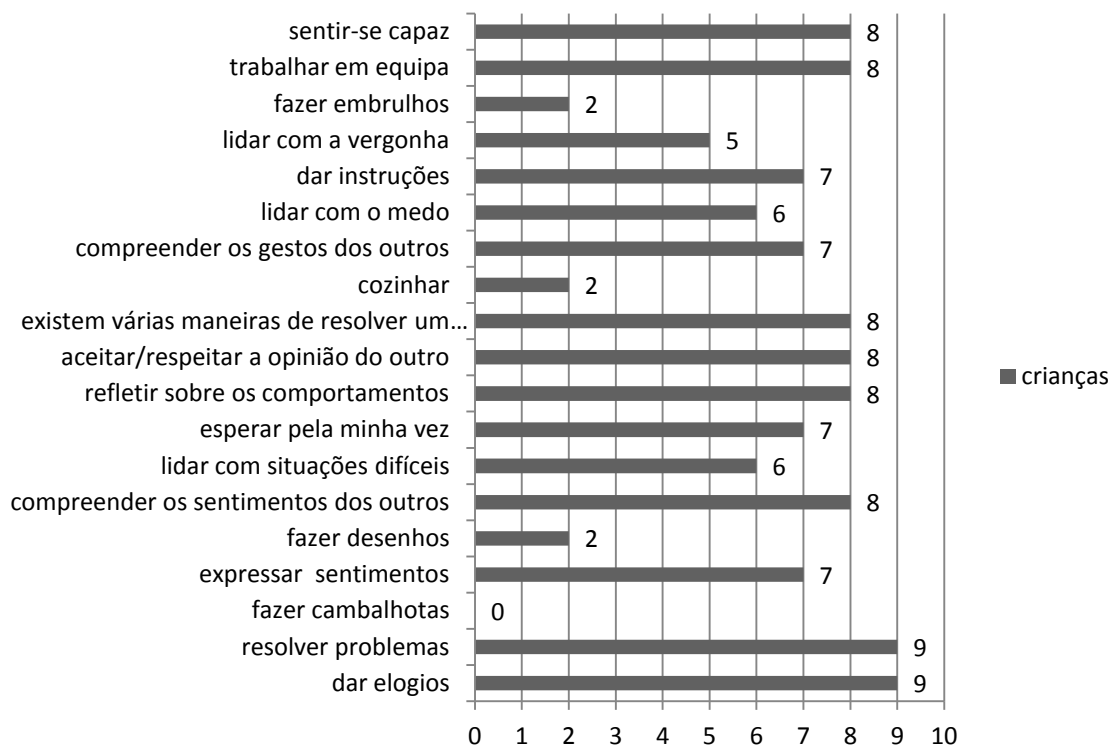


Gráfico 45 – Aprendizagens adquiridas pelas crianças após a intervenção – Grupo 2

Analisando a questão respeitante às aprendizagens adquiridas pelas crianças, podemos ver (gráfico 45) que todas consideram ter aprendido a dar elogios e a resolver problemas. Relativamente às 4 variáveis “parasitas”, houve duas crianças que consideraram ter aprendido a fazer embrulhos, a cozinhar e a fazer desenhos.

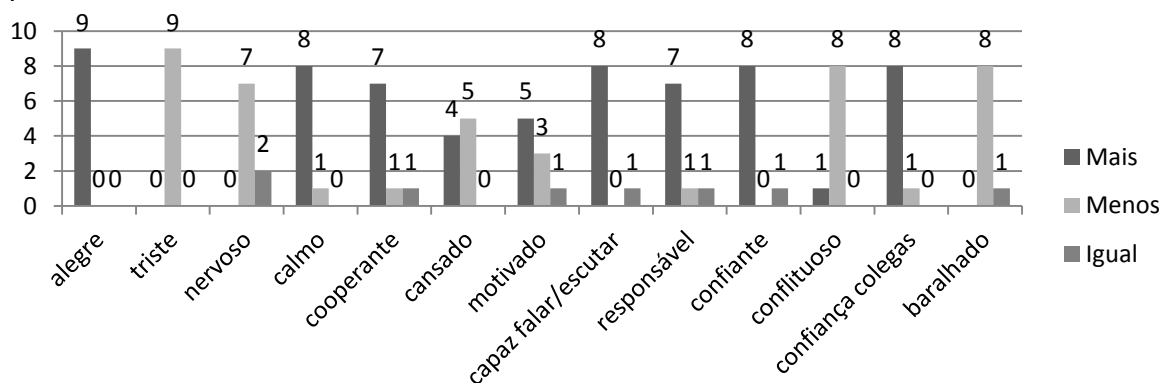


Gráfico 46 – Autoavaliação do estado geral das crianças após a intervenção – Grupo 2

Segundo o gráfico 46, após o período de intervenção a maioria das crianças considerava estar mais alegre, calma, cooperante, capaz de falar/escutar os outros, responsável, confiante em si e nos colegas. Consideravam também estar menos tristes, nervosas, conflituosas e baralhadas.

4.3.3. Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo – Grupo 3

Seguidamente encontra-se a apresentação dos resultados das avaliações, iniciais e finais, do grupo 3, através do questionário SDQ. Primeiro encontra-se a avaliação feita pelos professores, de seguida pelos pais e por fim pelas crianças. Na avaliação dos pais, não foi possível obter a avaliação final de duas crianças, pelo que apenas está apresentada a comparação das restantes crianças. Apenas três crianças do grupo realizaram a sua avaliação através do questionário SDQ, pois este só foi preenchido pelos alunos de 3º e 4º ano. Para terminar segue-se a avaliação do impacto do programa por parte das crianças. Estes resultados foram apresentados em separado do grupo 2 pois, apesar de terem os mesmos objetivos definidos, a dinâmica do grupo e a regularidade das sessões foi diferente.

Avaliação inicial

A avaliação inicial das várias escalas do SDQ inicial da criança, do professores e dos pais, foi a base para a realização dos objetivos da intervenção.

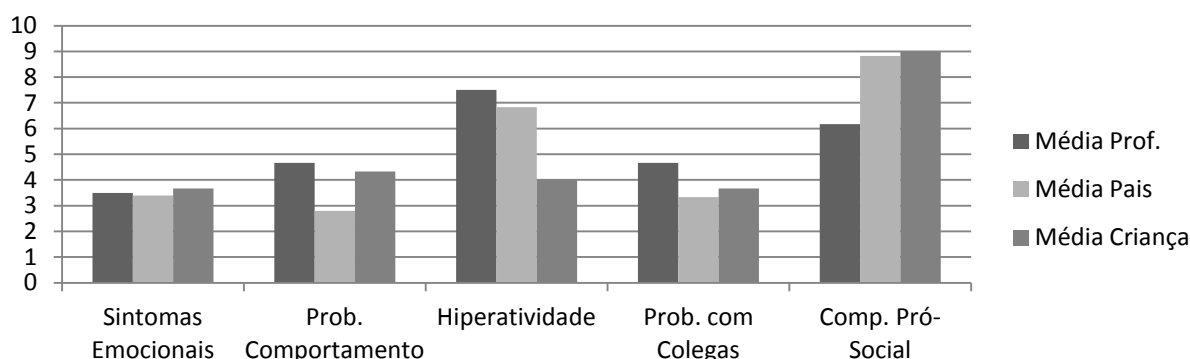


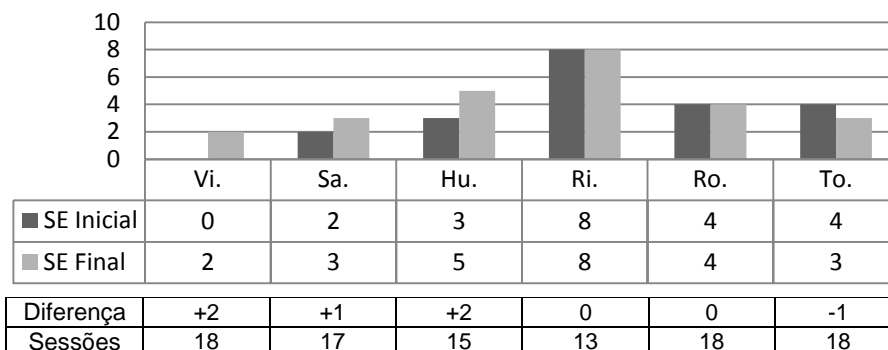
Gráfico 47 – Valores médios das respostas dadas, na avaliação inicial, pelos professores, pais e crianças no SDQ

Analisando o gráfico podemos observar que apenas a escala dos sintomas emocionais e do comportamento pró-social se encontravam, segundo as três fontes de avaliação, dentro da normalidade. Relativamente à escala dos problemas de comportamento e aos problemas de relacionamento com os colegas, segundo os professores as crianças apresentaram valores de nível “anormal”, enquanto os pais e as crianças consideram que apresentaram valores de nível “limítrofe”. Quanto à escala de hiperatividade apenas as crianças consideram estar dentro da normalidade, enquanto os professores e pais consideravam que estas apresentaram valores de nível “anormal”.

Quadro 11 – Intervalos para a interpretação da pontuação das escalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal			Limítrofe			Anormal		
	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	0-5	5	4	6	6-10	5-10	7-10
Prob. Comportamento	0-2	0-2	0-3	3	3	4	4-10	4-10	5-10
Hiperatividade	0-5	0-5	0-5	6	6	6	7-10	7-10	7-10
Prob. com Colegas	0-3	0-2	0-3	4	3	4-5	5-10	4-10	6-10
Comportamento Pró-Social	6-10	6-10	6-10	5	5	5	0-4	0-4	0-4

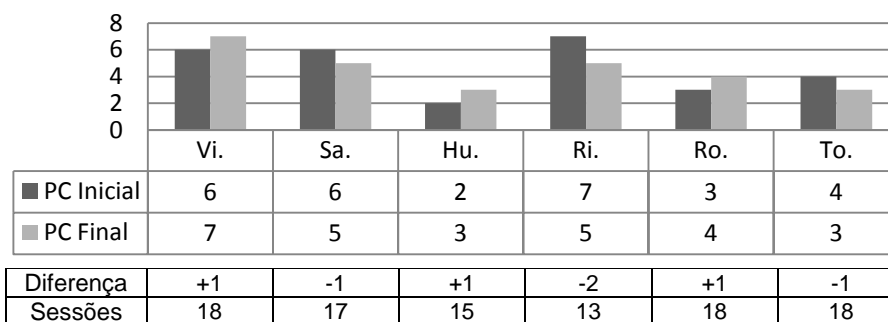
Avaliação Inicial e Final dos professores – Grupo 3



Valores de referência:
0-4: normal;
5: limítrofe;
6-10: anormal.

Gráfico 48 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 3

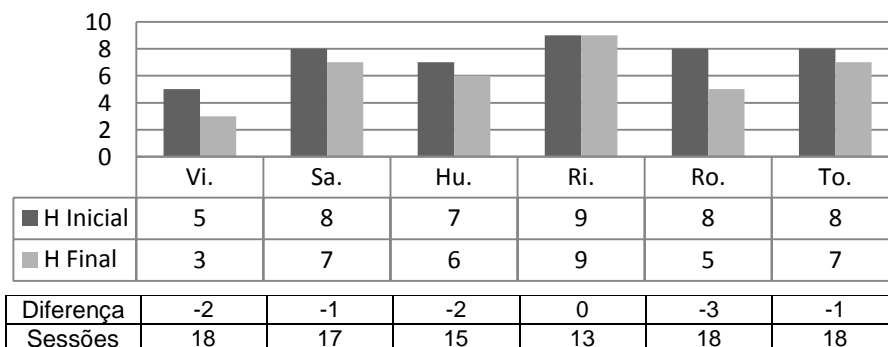
Analisando o gráfico 48 é possível verificar que antes da intervenção o Ri. apresentou valores de nível “anormal” e as restantes crianças valores de nível “normal” na escala de sintomas emocionais. Após a intervenção o Ri. continuou a apresentar valores “anormais”, o Hu. apresentou um valor considerado “limítrofe” e os restantes continuaram a apresentar valores “normais”.



Valores de referência:
0-2: normal;
3: limítrofe;
4-10: anormal.

Gráfico 49 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3

Através da análise do gráfico 49 observamos que, antes da intervenção 4 crianças apresentaram valores de nível “anormal” nos problemas de comportamento, 1 de nível “limítrofe” e 1 de nível “normal”. Segundo a professora, depois do período de intervenção o Vi., o Sa., o Ri. e o Ro. apresentaram valores “anormais” nesta escala. O Hu. e o To. apresentaram valores “limítrofes”.



Valores de referência:
0-5: normal
6: limítrofe
7-10: anormal

Gráfico 50 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 3

Relativamente à escala hiperatividade é possível verificar que todas as crianças apresentaram melhorias, exceto o Ri. que manteve os mesmos valores. Antes da intervenção, apenas o Vi. apresentou valores de nível “normal” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “anormal”. Após a intervenção o Sa., o Ri. e o To. apresentaram valores “anormais”, o Hu. apresentou valores de nível “limítrofe” e o Vi. e o Ro. apresentaram valores “normais”.

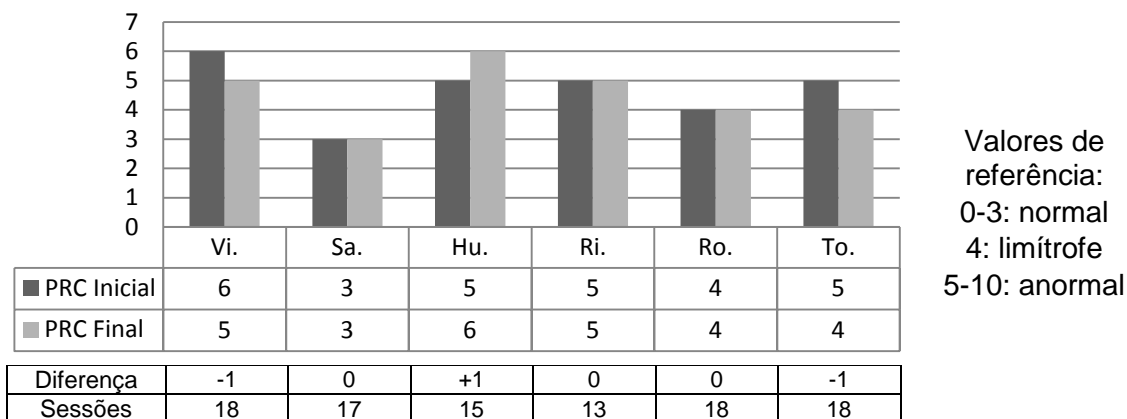


Gráfico 51 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3

Analisando o gráfico 51 podemos verificar que 2 crianças apresentaram melhores valores após a intervenção, 3 mantiveram os mesmos valores e 1 apresentou valores piores. Antes da intervenção, o Sa. apresentou valores de nível “normal”, o Ro. apresentou valores de nível “limítrofe” e as restantes crianças apresentaram valores de nível “anormal” na escala de problemas de relacionamento com os colegas. Após a intervenção as crianças com valores considerados “anormais” nesta escala foram o Vi., o Hu. e o Ri.. O Ro. e o To. apresentaram valores “limítrofes” e o Sa. apresentou valores “normais”:

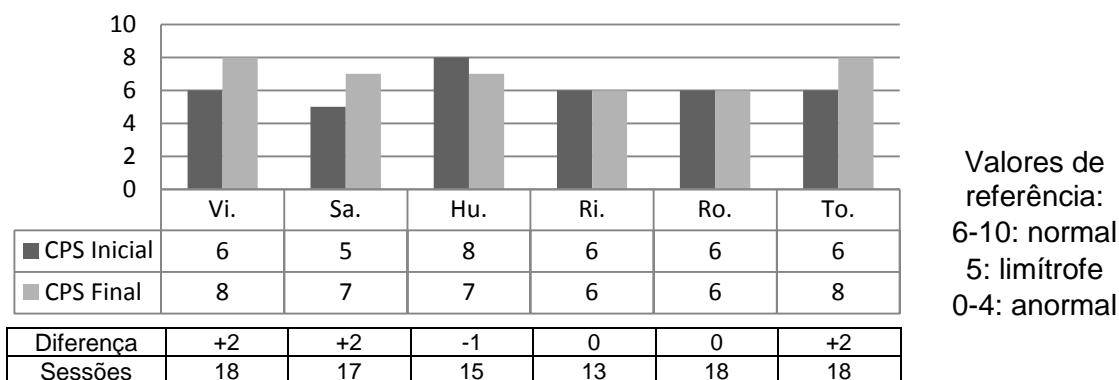


Gráfico 52 – Avaliação inicial e final dos professores da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3

Segundo os dados apresentados no gráfico 52, podemos observar que 3 crianças melhoram o seu comportamento pró-social, 2 mantiveram e apenas o Hu. piorou. Antes da intervenção todos apresentaram valores de nível “normal” na escala de comportamento pró-social, exceto o Sa. que apresentou valores de nível “limítrofe”. Após a intervenção todo o grupo tinha valores “normais” nesta escala.

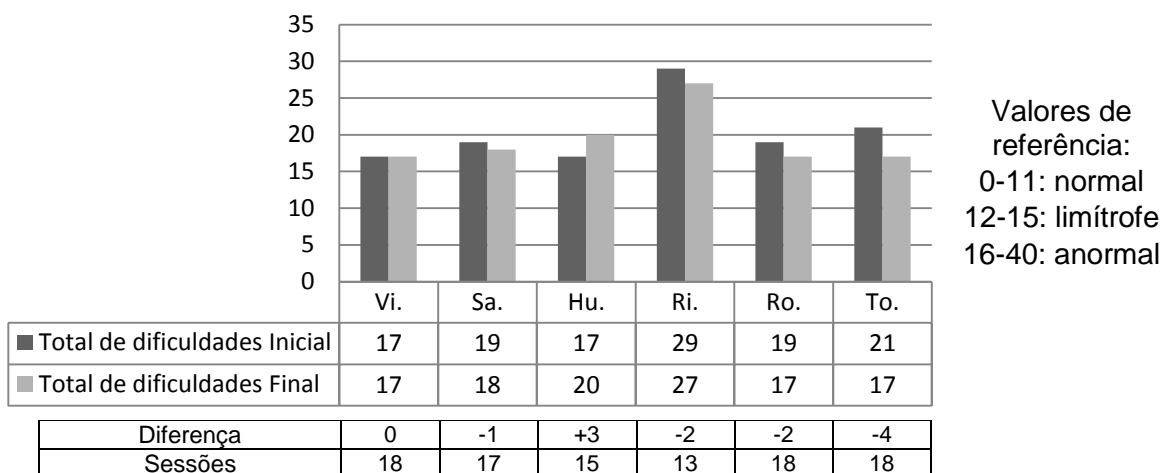


Gráfico 53 – Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3

Analisando o total de dificuldades (gráfico 53) do grupo 3, observamos que 4 crianças apresentaram melhores resultados, uma manteve e outra apresentou piores resultados. No entanto, ainda continuam todas num nível “anormal” de dificuldades.

Avaliação Inicial e Final dos pais – Grupo 3

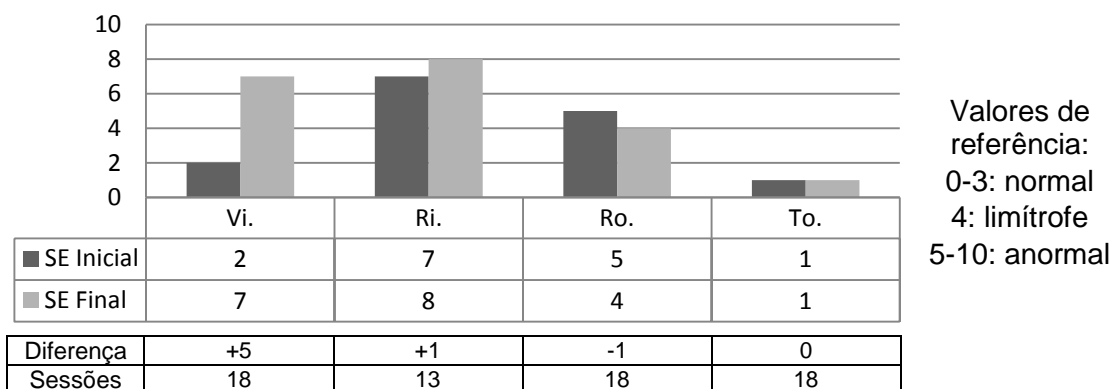


Gráfico 54 – Avaliação inicial e final dos pais da escala Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 3

Como podemos observar no gráfico 54, apenas uma criança mostrou melhores resultados após a intervenção, uma mostrou resultados semelhantes e duas mostraram um aumento dos sintomas emocionais. Antes da intervenção, segundo a avaliação dos pais, 2 crianças apresentavam valores de nível “anormal” e 2 apresentavam valores de nível “normal” na escala de sintomas emocionais. Após o período de intervenção, apenas 1 criança se encontrava com níveis “normais” de sintomas emocionais, uma outra encontrava-se com um nível “limítrofe” e as outras 2 com níveis “anormais”.

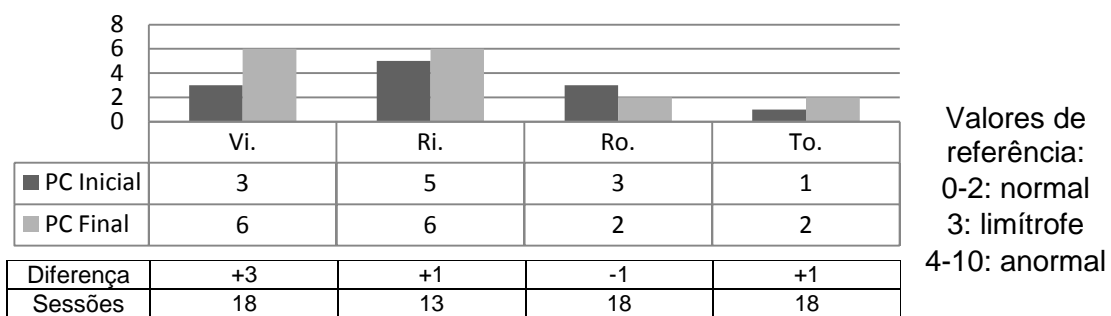


Gráfico 55 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3

Analisando o gráfico 55 podemos observar que, segundo os pais, apenas uma criança melhorou a nível dos problemas de comportamento, tendo as restantes apresentado resultados mais elevados. Antes da intervenção 1 criança apresentava valores de nível “anormal” nos problemas de comportamento, 2 apresentavam valores de nível “limítrofe”, e 1 de nível “normal”. Após a intervenção 2 crianças estavam num nível “normal” desta escala, e 2 estavam num nível considerado “anormal”.

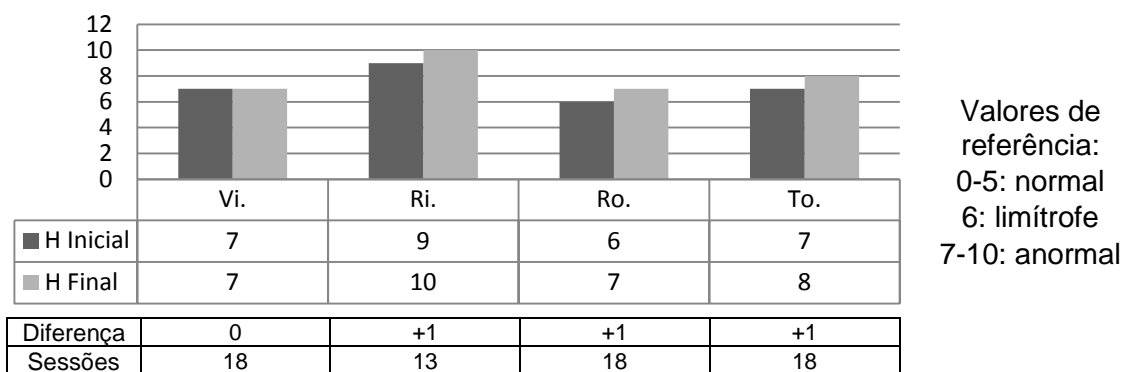


Gráfico 56 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Hiperatividade do SDQ – Grupo 3

Podemos observar que, segundo os pais, apenas uma criança manteve os resultados iniciais, tendo os restantes apresentado piores resultados (gráfico 56). Após a intervenção todas as crianças se mantiveram no nível “anormal” de hiperatividade.

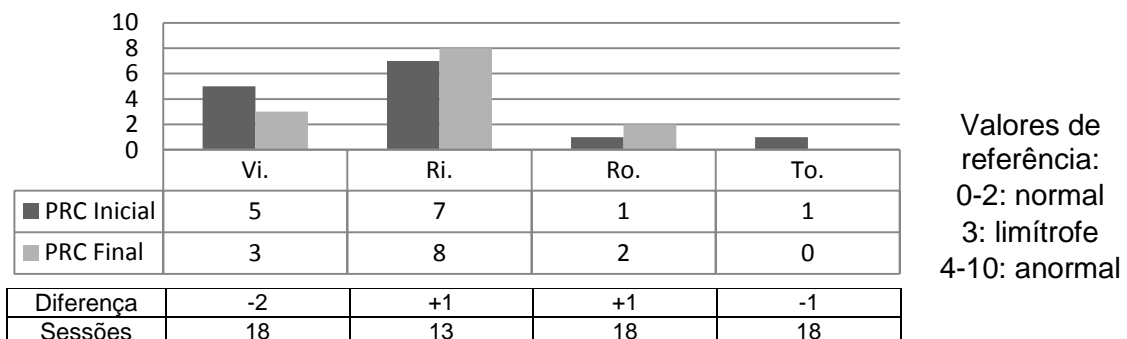


Gráfico 57 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3

Como está demonstrado no gráfico 57, duas crianças apresentaram melhores resultados ao nível dos problemas de relacionamento com os colegas e outras duas apresentaram piores resultados. Após a intervenção, duas crianças mantiveram-se no nível “normal”, uma manteve-se no nível “anormal”, enquanto outra melhorou passando de um nível “anormal” para um nível “limítrofe”.

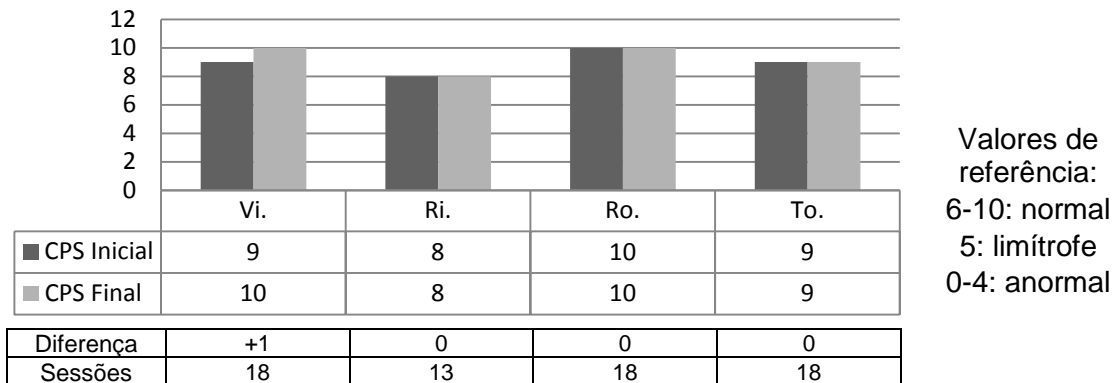


Gráfico 58 – Avaliação inicial e final dos pais da escala de Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3

Na escala de comportamento pró-social, segundo os pais, três crianças mantiveram os mesmos resultados e uma melhorou. Após a intervenção todas se mantiveram no nível “normal” desta escala.

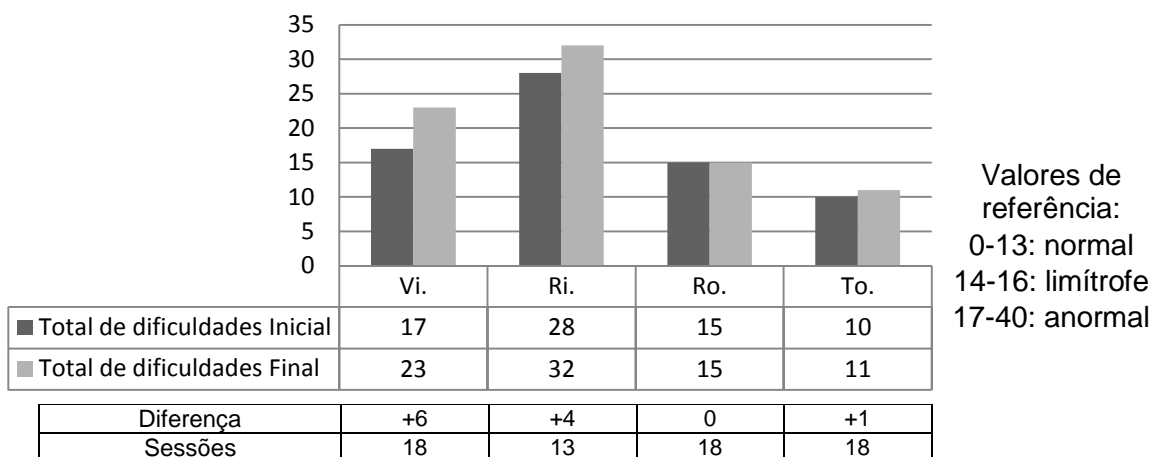
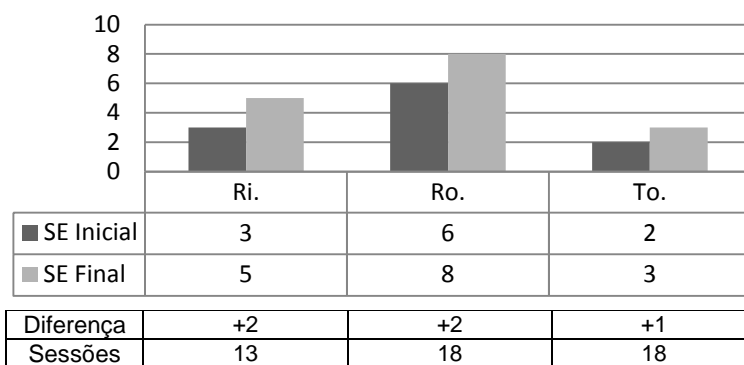


Gráfico 59 – Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3

Segundo o gráfico 59, podemos observar que apenas uma criança manteve os mesmos resultados, enquanto as outras apresentaram resultados mais elevados. Após a intervenção, foi possível verificar que, segundo os pais, duas crianças mantiveram um nível “anormal” no total de dificuldades, uma manteve-se no nível “limítrofe” e outra manteve-se no nível “normal”.

Avaliação Inicial e Final das crianças – Grupo 3

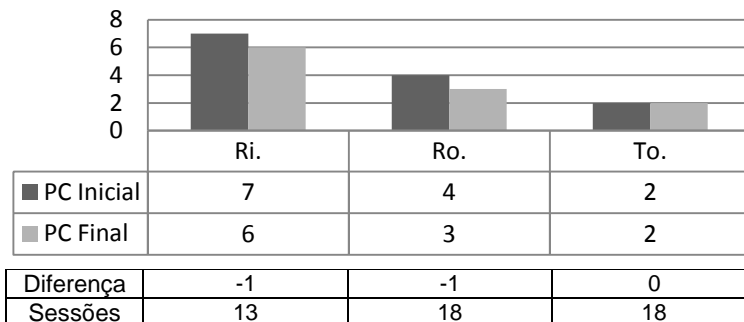
De seguida são apresentadas as avaliações iniciais e finais do Ri., do Ro. e do To. pois são os únicos elementos do grupo que já se encontram a frequentar o 3º ano.



Valores de referência:
0-5: normal
6: limítrofe
7-10: anormal

Gráfico 60 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 3

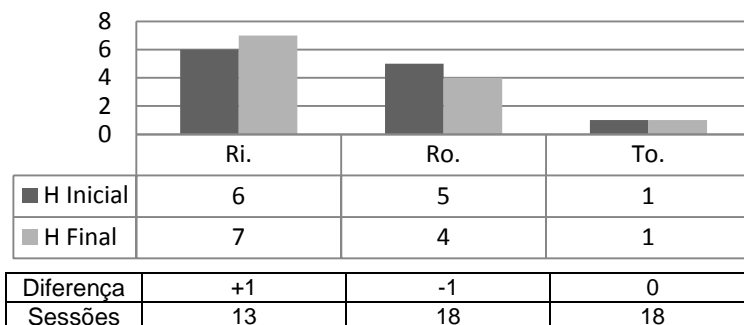
Através da análise do gráfico 60 podemos ver que na avaliação inicial o Ro. apresentou valores de nível “limítrofe” e o Ri. e o To. de nível “normal”. Na avaliação final, o Ro. apresentou resultados de nível “anormal”, e o Ri. e o To., apesar de terem aumentado os sintomas emocionais, continuaram com resultados “normais”.



Valores de referência:
0-3: normal
4: limítrofe
5-10: anormal

Gráfico 61 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 3

Segundo a autoavaliação das crianças, após a intervenção, o Ri. manteve os resultados de nível “anormal” nos problemas de comportamento, enquanto que o Ro. passou de nível “limítrofe” a “normal” e o To. manteve resultados de nível “normal”.



Valores de referência:
0-5: normal
6: limítrofe
7-10: anormal

Gráfico 62 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Hiperatividade do SDQ – Grupo 3

Na autoavaliação dos sintomas de hiperatividade o Ri. considera ter piorado passando de nível “limítrofe” para o nível “anormal”, o Ro. melhorado e o To. manteve os mesmos valores, mantendo-se os dois com níveis “normais” de hiperatividade (gráfico 62).

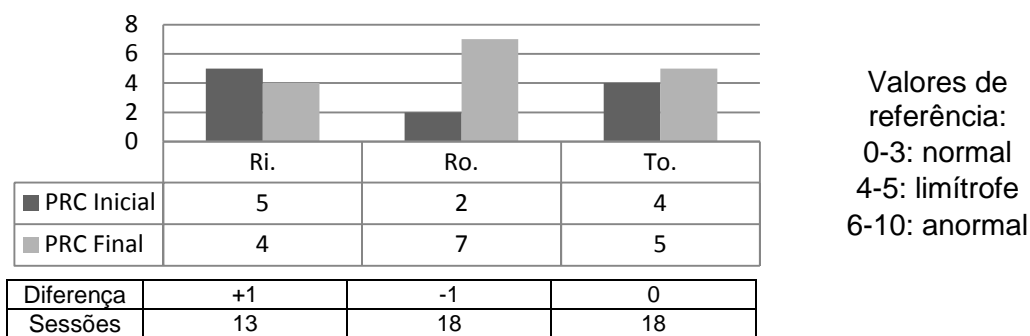


Gráfico 63 – Avaliação inicial e final das crianças da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 3

Analisando o gráfico 63 é possível observar que apenas o Ri. considerou ter melhorado ao nível dos problemas de relacionamento com os colegas, mantendo-se no nível “limítrofe”, enquanto que o Ro. e o To. consideraram ter piorado, passando o Ro. do nível “normal” para o nível “anormal” e o To. mantendo-se no nível “limítrofe”.

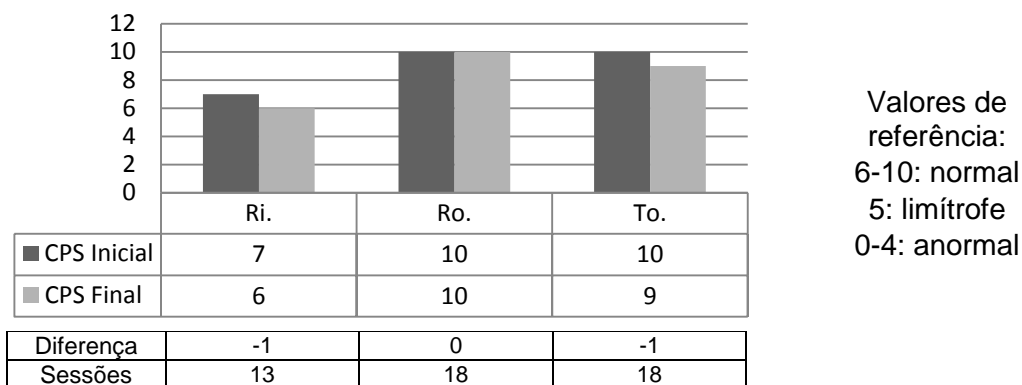


Gráfico 64 – Avaliação inicial e final das crianças da escala Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 3

Através do gráfico 56 podemos ver que o Ri. e o To. consideraram terem piorado ao nível do comportamento pró-social, enquanto que o Ro. manteve os mesmos valores. No entanto, todos continuaram a apresentar valores “normais” nesta escala.

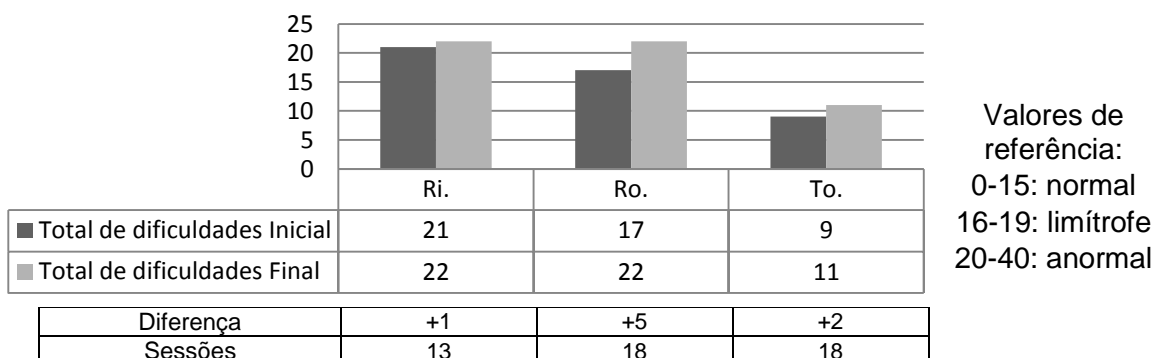


Gráfico 65 – Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 3

Como se pode ver no gráfico 65, todas as crianças apresentaram piores resultados no total de dificuldades. Antes da intervenção o Ri. apresentou valores de nível “anormal” no

total de dificuldades, o Ro. apresentou valores de nível “limítrofe” e o To. de nível “normal”. Após a intervenção, o Ri. e o Ro. obtiveram valores “anormais” na sua autoavaliação e o To. obteve valores “normais”.

Avaliação do Impacto do Programa por parte dos alunos – Grupo 3

Todas as crianças do grupo consideraram que as sessões foram giras e úteis, tendo gostado muito destas. Relativamente ao momento da sessão que mais gostaram, 4 crianças disseram ter gostado muito do diálogo inicial/final, uma gostou pouco e outra “mais ou menos”. Das atividades e jogos, 5 gostaram muito tendo uma gostado pouco. Da relaxação, 4 gostaram muito e 2 gostaram “mais ou menos”. Apenas uma das crianças não voltaria a participar nas sessões se pudesse e não dizia a um amigo para vir.

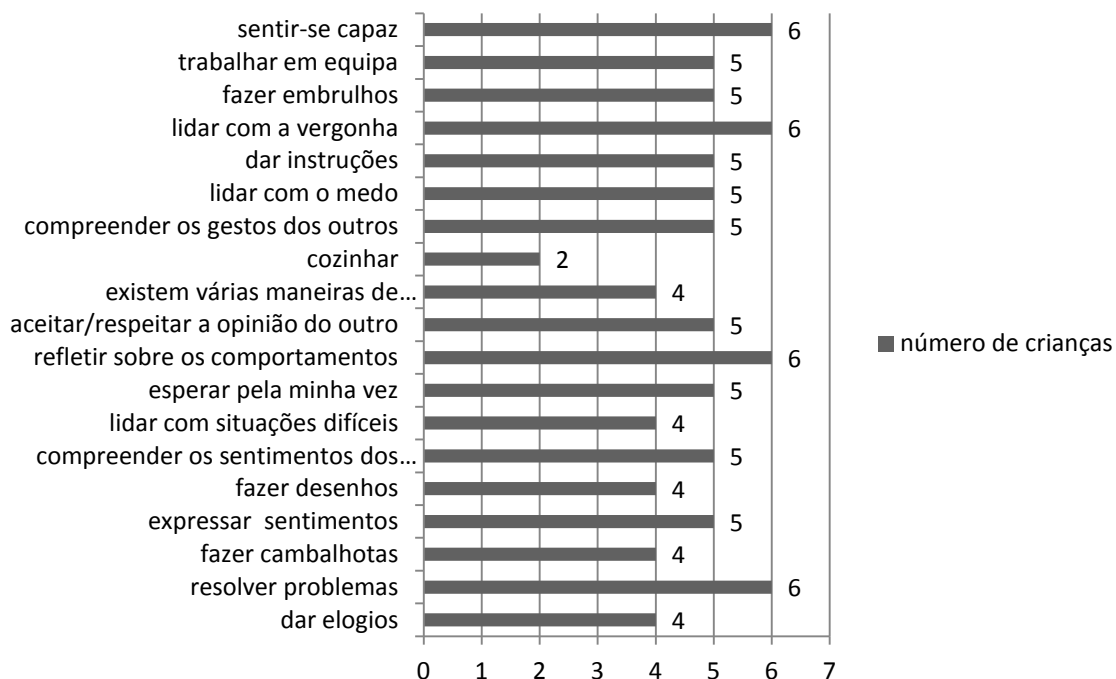


Gráfico 66 – Aprendizagens adquiridas pelas crianças após a intervenção – Grupo 3

Analisando o gráfico 66 podemos ver que todas as crianças consideraram ter aprendido a sentir-se capaz, a lidar com a vergonha, a refletir sobre os seus comportamentos e a resolver problemas. No que diz respeito à variáveis parasitas, 5 crianças consideraram ter aprendido a fazer embrulhos, 2 consideraram ter aprendido a cozinhar, e 4 consideraram ter aprendido a fazer desenhos e a fazer cambalhotas.

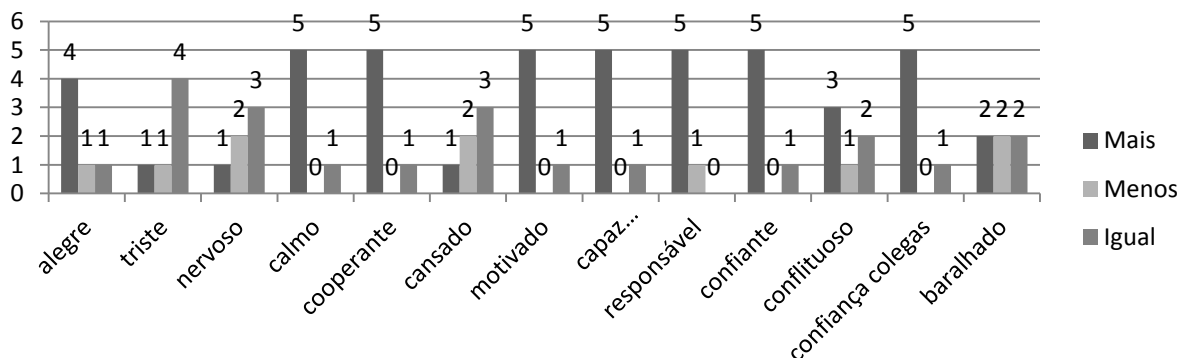


Gráfico 67 – Autoavaliação do estado geral das crianças após a intervenção – Grupo 3

De um modo geral, após a intervenção psicomotora, as crianças consideram ter havido evoluções positivas, sentindo-se mais alegres, calmas, cooperantes, motivadas, capazes de falar/escutar, responsáveis, confiantes em si próprias e também com mais confiança nos colegas.

4.3.4. Centro Social Paroquial de Oeiras

Seguidamente encontra-se a apresentação dos resultados das avaliações, iniciais e finais do grupo do CSPO. Para a realização da avaliação foram considerados apenas os utentes que estiverem presente em mais de metade das sessões, perfazendo um total de 7 utentes.

	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Orientação	6,91	9,899	3,00	9,00	5,86	2,116	3,00	8,00

Tabela 2 – Resultados médios da avaliação inicial e final do domínio de Orientação dos utentes do CSPO

A avaliação da orientação consistia em 9 perguntas sobre a data (ano, mês, dia do mês, dia da semana, estação do ano) e local onde se encontravam (cidade, distrito, país e local/casa). Relativamente à orientação os utentes apresentaram melhores resultados na avaliação inicial ($\mu_i=6,91$) que na avaliação final ($\mu_f=5,89$) como se pode ver através da tabela 2.

A capacidade de retenção foi avaliada através da repetição de três palavras ditas pela estagiária (pera, gato e bola), sendo cotado 1 ponto por cada palavra correta. A capacidade de evocação era avaliada pedindo ao utente para relembrar as três palavras anteriormente ditas, sendo cotado 1 ponto por cada palavra correta.

	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Retenção	3,00	0,000	3,00	3,00	3,00	0,000	3,00	3,00
Evocação	1,429	1,134	0,00	3,00	1,430	1,272	0,00	3,00

Tabela 3 – Avaliação inicial e final da capacidade de retenção e evocação dos utentes do CSPO

Através da tabela 3 podemos ver que todos os utentes conseguiram manter uma boa capacidade de retenção, tendo repetido as três palavras pedidas (pera, bola e gato) sem dificuldade. Relativamente à capacidade de evocação notou-se uma ligeira melhoria após a intervenção.

	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Realiza atividades importantes	1,00	0,000	1,00	1,00	1,57	0,535	1,00	2,00
Como considera a sua saúde	3,57	1,618	1,00	5,00	2,29	1,113	1,00	4,00
Sente-se sozinho	2,00	0,816	1,00	3,00	2,29	0,756	1,00	3,00
Sofreu perda ou luto recentemente	1,57	0,525	1,00	2,00	1,57	0,535	1,00	2,00
Sente-se em baixo, deprimido ou desesperado	1,29	0,488	1,00	2,00	1,43	0,535	1,00	2,00

Pouco interessado / sem prazer nas atividades	1,71	0,488	1,00	2,00	1,57	0,535	1,00	2,00
Preocupações com falhas de memória	1,00	0,000	1,00	1,00	1,14	0,378	1,00	2,00

Tabela 4 – Avaliação inicial e final dos utentes do CSPO das questões do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar do protocolo do avaliação

A primeira pergunta do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar consistia em saber se os utentes conseguiam realizar atividades importantes para si, sendo cotada do seguinte modo: “1 – não; 2 – sim”. Inicialmente todos disseram não conseguir, mas no momento da avaliação final alguns utentes apresentaram melhores resultados.

Na pergunta sobre como consideravam a sua saúde as respostas poderiam variar entre “1 - fraca; 2 - razoável; 3 – boa; 4 – muito boa; 5 – excelente”. Como é possível verificar os utentes na avaliação inicial consideram, em média, ter uma melhor saúde que na altura da avaliação final.

A terceira pergunta sobre se os utentes se sentiam sozinhos tinha como resposta “1 – muitas vezes; 2 – por vezes; 3 – nunca”. Após a intervenção podemos verificar que os utentes se sentem menos sozinhos.

A quarta pergunta sobre se sofreu alguma perda ou luto recentemente as respostas variaram entre “1-sim; 2-não”. Nesta pergunta, como é possível verificar, não houve alterações na média do grupo.

A quinta pergunta era sobre se o utente se tinha sentido em baixo, deprimido ou desesperado no último mês, variando as respostas entre “1 – sim; 2 – não”. Nesta questão houve uma ligeira melhoria dos valores médios do grupo, após a intervenção.

Na sexta pergunta sobre se os utentes se sentiam pouco interessados ou sem prazer em realizar as atividades no último mês as respostas variam entre “1 – sim; 2 – não”. Após a intervenção, o valor médio do interesse dos utentes pelas atividade diárias, diminui.

Por fim, na pergunta sete sobre se estes tinham preocupações relativamente a falhas de memória as respostas variavam entre “1 – sim; 2 – não”. Após a intervenção houve uma ligeira diferença em termos médios, demonstrando menos preocupação em relação a falhas de memória.

Relativamente ao domínio da compreensão e comunicação, autocuidado, relações interpessoais, domínio psicológico e domínio físico, as respostas variavam entre 1 (muito má/muito insatisfeito) e 5 (excelente/muito satisfeito).

	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Comp/Com	3,50	0,451	2,83	4,00	3,74	0,719	2,67	4,67
Autocuidado	3,71	1,530	2,00	5,00	4,14	0,967	2,75	5,00
Rel. Inter.	4,45	0,606	3,33	5,00	4,04	0,756	2,67	4,67
D. Psico.	3,74	0,789	2,00	4,40	3,37	0,770	2,40	4,20
D. Físico	3,50	1,267	1,25	4,75	2,89	0,748	2,00	4,00

Tabela 5 – Avaliação inicial e final dos valores médios dos utentes do CSPO no domínio de Compreensão e Comunicação, Autocuidado, Relações interpessoais, Domínio Psicológico e Domínio Físico do protocolo de avaliação

Analisando a tabela 5, podemos observar que ao nível da capacidade de compreensão e comunicação os utentes consideraram terem melhorado após a intervenção.

Também ao nível do autocuidado se verificou uma melhoria dos valores médios, havendo pelo menos um utente muito satisfeito com a sua capacidade de autocuidado.

Relativamente ao domínio das relações interpessoais, houve um decréscimo do valor médio dos utentes, assim como do valor mínimo e máximo da média dos utentes.

Ao nível do domínio psicológico, apesar do valor médio ter diminuído, pode-se verificar que o valor mínimo após a intervenção aumentou.

Também ao nível do domínio físico se verificou uma diminuição do valor médio, mas um aumento do valor mínimo.

	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Eq. Est. 1	4,14	2,034	0,00	6,00	4,75	1,902	0,00	6,00
Eq. Est. 2	0,14	0,378	0,00	1,00	0,43	0,535	0,00	1,00
Eq. Est. 3	0,29	0,488	0,00	1,00	0,57	0,535	0,00	1,00
Eq. Din.	4,14	2,035	0,00	6,00	3,89	2,410	0,00	6,00

Tabela 6 – Avaliação inicial e final do equilíbrio dos utentes do CSPO

Através da análise da tabela 6 podemos ver algumas diferenças relativamente ao equilíbrio estático e dinâmico dos utentes.

A primeira avaliação do equilíbrio estático consistia em ficar de pé durante 5 segundos e a cotação era dada do seguinte modo: 0 – não realiza; 1 – com dois apoios fixos; 2 – com um apoio fixo; 3 – com uma pessoa; 4 – com dois apoios; 5 – com um apoio; 6 – sem apoio. A segunda avaliação do equilíbrio estático consistia em utentes estarem em bicos dos pés durante 5 segundos e a cotação era dada do seguinte modo: 0 – não realiza; 1 – com apoio; 2 – sem apoio. A terceira avaliação do equilíbrio estático consistia em ficar sobre um pé durante 5 segundos e a cotação era dada do seguinte modo: 0 – não realiza; 1 – com apoio; 2 – sem apoio. Em todas estas avaliações podemos ver uma melhoria, do equilíbrio estático dos utentes.

Relativamente ao equilíbrio dinâmico a sua avaliação consistia em andar uma distância de 5 metros e voltar para trás sendo a cotação dada do seguinte modo: 0 – falha; 1 – marcha ajudada por duas pessoas; 2 – caminha entre barras ou com apoio contínuo; 3 – caminha com ajuda de uma pessoa; 4 – anda com andarilho ou duas canadianas; 5 – caminha com uma bengala ou canadiana; 6 – anda sozinho. No equilíbrio dinâmico houve uma ligeira diminuição da média geral dos utentes.

	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Motr. Fina	0,71	0,393	0,00	1,00	0,93	1,189	0,50	1,00
Noção Co.	1,00	0,000	1,00	1,00	0,93	1,189	0,50	1,00
Est. Rit.	0,57	0,345	0,00	1,00	0,36	0,476	0,00	1,00

Tabela 7 – Avaliação inicial e final da Motricidade Fina, Noção Corporal e Estruturação Rítmica dos utentes do CSPO

Na avaliação da motricidade fina os resultados eram avaliados consoante o tempo que os utentes demoravam a enfiar uma peça num ferro: 1 – menos 20 segundos; 0,5 – entre 20 a 30 segundos; 0 – mais 30 segundos. Analisando a tabela 6 podemos verificar que relativamente à motricidade fina, houve algumas melhorias tendo também o valor mínimo melhorado.

Quanto à noção corporal esta era avaliada consoante o número de partes do corpo que os utentes identificavam corretamente: 1 – entre 8 a 10; 0,5 – entre 5 a 7; 0 – menos de 5. Relativamente à noção corporal os resultados médios do grupo tiveram uma ligeira diminuição.

No que diz respeito à avaliação da estruturação rítmica os utentes tinham de imitar 4 batimentos distintos sendo a cotação dada consoante o número de batimentos corretamente imitados: 1 – reproduz corretamente 4 batimentos; 0,5 – reproduz corretamente 2 a 3 batimentos; 0 – reproduz corretamente 1 ou 0 batimentos. Como podemos verificar, também neste item os valores médios sofreram uma ligeira diminuição.

Relativamente ao nível da vigília ao longo da avaliação, a cotação era dada do seguinte modo: 1 – responde à primeira à instrução de todos os itens; 0,5 – é necessário repetir sistematicamente pelo menos metade das instruções; 0 – cada instrução é repetida duas vezes.

	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.	Média	Des. Padrão	Mín.	Máx.
Vigília	0,93	1,189	0,50	1,00	1,00	0,000	1,00	1,00

Tabela 8 – Avaliação inicial e final da vigília dos utentes do CSPO ao longo da avaliação

Analisando a tabela 8, podemos verificar que no momento da avaliação inicial, nem todos os utentes conseguiram responder à instrução dada sem ser necessário repetir constantemente. Estes resultados não se obtiveram na avaliação final, tendo mostrado todos uma boa capacidade de vigília.

4.4. Discussão dos resultados

4.4.1. Casa da Fonte

A intervenção na Casa da Fonte contou com uma elevada flutuação de crianças ao longo das sessões, abrangendo um total de 18 crianças durante o período de intervenção, sendo que, nenhuma criança esteve presente em todas as sessões. Esta constante mudança deveu-se à própria dinâmica da instituição que, como Casa de Acolhimento de Emergência, não deve ter a presença de crianças por mais de 6 meses.

A flutuação das crianças influenciou o trabalho desenvolvido, sendo necessário realizar várias vezes dinâmicas de cooperação e coesão do grupo, de modo a facilitar a integração das crianças nas sessões de psicomotricidade.

Segundo a avaliação dos educadores e a autoavaliação das crianças, verificou-se uma melhoria ao nível das competências pessoais e sociais da maioria das crianças. Por sua vez, segundo a avaliação efetuada pelos auxiliares estas melhorias não foram notadas.

Um dos motivos que pode justificar estes valores é o facto de os educadores e auxiliares, no momento em que as crianças entram para o grupo de intervenção psicomotora, que muitas vezes correspondia também à sua entrada na casa, ainda não tinham um bom conhecimento da criança.

Após o período de intervenção, segundo os educadores e auxiliares, as áreas em que as crianças ainda apresentavam valores mais elevados foi ao nível dos problemas de comportamento e de relacionamento com os colegas.

A institucionalização é, para a criança, uma experiência dolorosa pois significa a rutura do ambiente conhecido por esta e um conjunto de sucessivas mudanças e adaptações (Antunes, 2011).

Um outro motivo que pode influenciar os resultados é o facto de a saída da criança da casa, corresponder a um momento que vai levar a um maior stress e ansiedade na criança, pois, na maioria das vezes, a criança era colocada numa outra instituição.

Num estudo de Santos (2010), foi demonstrado que o momento de saída da instituição era considerado como um momento de grande fragilidade emocional, devido à rutura dos laços afetivos estabelecidos, aos sentimentos de insegurança, solidão e de pertença ao espaço institucional onde estavam acolhidos.

Relativamente à autoavaliação das crianças de modo geral, consideram ter menos dificuldades a nível emocional, de problemas de comportamento, hiperatividade e de relação com os colegas. Estes resultados vão de encontro ao esperado após a intervenção ao nível das competências pessoais e sociais.

Numa avaliação informal efetuada pelas estagiárias verificou-se melhoria nos comportamentos da maioria das crianças. No entanto, nas crianças que participaram em menos sessões apenas se notaram algumas melhorias ao nível da coesão de grupo.

Quanto às 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, segundo a avaliação dos educadores e auxiliares, duas delas (o Ra. e o Ge.) apresentavam valores mais elevados após a intervenção, tendo a Je. e o Id. apresentado valores mais baixos. Segundo os educadores as crianças apresentaram uma maior evolução ao nível dos problemas de comportamento, sendo o comportamento pró-social a escala onde apresentaram piores resultados. Na avaliação dos auxiliares as áreas em que as 4 crianças ainda apresentavam resultados mais elevados foram ao nível dos problemas de comportamento e de relacionamento com os colegas.

Relativamente à autoavaliação das 4 crianças, estas consideram ter menos dificuldades relativamente ao início das sessões. Estes resultados vão de acordo ao esperado após a intervenção. A área onde as crianças consideraram ainda ter maiores dificuldades foi ao nível dos problemas de relacionamento com os colegas.

Um motivo que pode levar à presença de valores mais elevados ao nível dos problemas de relacionamento é a constante flutuação de crianças na Casa da Fonte o que dificulta o estabelecimento de vínculos mais acentuados entre as crianças. Segundo Pinhel, Torres e Maia (2009), as crianças institucionalizadas apresentam um padrão de vinculação menos seguro.

Quanto ao impacto do programa, as crianças, de modo geral, gostaram das sessões considerando-as “giras e úteis”, sendo o diálogo inicial e final o momento menos apreciado pelas crianças. Este momento envolve uma maior reflexão por parte das crianças, estando estas sentadas, o que pode ter levado a menos crianças terem gostado em comparação com os momentos de atividades e de relaxação.

Relativamente às aprendizagens adquiridas a maioria das crianças considerou que após a intervenção se sentia mais capaz, conseguia trabalhar em equipa, compreender os gestos dos outros, resolver problemas, aceitar/respeitar os outros, refletir sobre os seus comportamentos, esperar pela vez, compreender os sentimentos dos outros, expressar sentimentos e dar um elogio. Quanto às variáveis “parasitas” assinaladas pelas crianças estas podem ter sido assinaladas devido a uma distração, ou devido às atividades extra realizadas com as crianças (como é o caso das crianças que assinalaram “cozinhar”¹, como uma aprendizagem adquirida). Um outro motivo é o facto de as crianças mais novas não conseguirem separar tão facilmente as aprendizagens adquiridas nas sessões de psicomotricidade, com aquelas adquiridas em outras atividades.

Das 4 crianças presentes em mais de metade das sessões duas disseram ter gostado “mais ou menos” e outra “pouco”. Um dos motivos que pode ter levado a este resultado é a diferença de idades das crianças, havendo uma necessidade constante de adaptar as atividades de modo a todos as conseguirem realizar. Uma outra razão é o facto de uma das crianças, o Ra., apresentar constantemente comportamentos de oposição.

Relativamente às aprendizagens adquiridas no grupo das 4 crianças que estiverem presentes em mais de metade das sessões, a maioria dos itens foram marcados pelas crianças como aprendidos, tendo todas considerado que aprenderam a compreender os gestos dos outros e que existem várias maneiras de resolver um problema. A variável

¹ Atividade extra de Natal – as crianças juntos com as monitoras realizaram pizzas e de seguida biscoitos para oferecerem a uma amigo especial.

“parasita” «cozinhar», foi assinalada por três crianças², podendo ter considerado ser uma aprendizagem da sessão. Das crianças deste grupo, 3 consideram que após as sessões ficaram mais calmos, cooperantes, capazes de falar e escutar os outros, confiantes e menos tristes e conflituosos.

Após a intervenção as crianças consideraram sentir-se mais alegres, calmas, capazes de falar e escutar os outros, responsáveis, com confiança em si e nos colegas. Consideraram também sentirem-se menos tristes, nervosas, cansadas e conflituosas.

Relativamente às avaliações da sessão, preenchidas pelas crianças semanalmente, considera-se que as crianças, de um modo geral, consideraram que as aprendizagens efetuadas foram de acordo com os objetivos estabelecidos nas sessões. As crianças gostaram das sessões, não tendo as sessões 13, 18 e 21 sido as de maior agrado para as crianças. Visto a sessão 13 ter sido com atividades escolhidas pelas crianças, o desagrado de algumas crianças em relação à sessão foi algo que não se estava à espera. Um fator que influenciou o nível de agrado das crianças relativamente às sessões foi a avaliação do comportamento, em especial nas crianças mais novas. Em algumas crianças foi notória a relação entre o comportamento obtido na sessão e o nível de agrado relativamente à sessão. Para colmatar este facto seria importante realizar a avaliação da sessão antes da avaliação do comportamento, de modo a obtermos resultados não minados.

Considera-se que os resultados da intervenção foram positivos, tendo ido de encontro aos objetivos estabelecidos. Numa avaliação informal foram obtidas melhorias ao nível da reflexão sobre os comportamentos, da cooperação e da expressão e compreensão de sentimentos. Também a capacidade reflexiva acerca das atividades realizadas foi sendo cada vez mais elaborada, mostrando uma melhor interiorização das aprendizagens.

4.4.2. Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo – Grupo 2

Relativamente à avaliação dos professores, pais e alunos, verificou-se uma melhoria nas competências pessoais e sociais das crianças após o período de intervenção, pois a maioria das crianças apresentou melhores valores.

De uma maneira geral, a avaliação feita pelos pais e pelos professores apresentou algumas diferenças, sendo que os resultados dos professores na maioria das crianças eram mais elevados que o dos pais.

Segundo Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006) as crianças com problemas de comportamento apresentam em contexto escolar uma maior dificuldade na capacidade de lidar com desafios interpessoais, os quais, neste contexto, são mais complexos e exigentes que em sua casa. Por este motivo, os problemas da criança intensificam-se na escola levando a uma avaliação mais rígida da professora em comparação com a da mãe (Bolsoni-Silva et al, 2006).

Relativamente à avaliação dos professores e dos pais, apesar de se ter havido uma melhoria nos resultados, as crianças apresentam ainda valores muito elevados ao nível da hiperatividade. Um fator que pode ter levado a valores mais elevados ao nível da hiperatividade foi a frequência semanal e a duração do programa, como acontece noutros programas como *Al's Pals: Kids Making Heathy Choices* (NREPP, 2008).

Relativamente à autoavaliação das crianças, comparando com a avaliação inicial estas apresentaram valores inferiores, na avaliação final ao nível do comportamento pró-social e do relacionamento com os colegas. Estes resultados finais, mostraram maior concordância com os resultados da avaliação final dos pais e professores do que no momento da avaliação inicial. Uma possível razão que explica esta mudança é o facto de ao longo das sessões terem sido trabalhadas questões relacionadas com o

² As crianças que assinalaram a variável “cozinhar” estiveram presentes na sessão extra de Natal onde realizaram pizzas e biscoitos em conjunto com as monitoras.

autoconhecimento, promovendo uma maior consciência nas crianças sobre o comportamento.

Segundo Matos (1997), a intervenção ao nível da promoção de competências pessoais e sociais tem como objetivo permitir que o indivíduo reflita sobre o modo de se relacionar com os outros, encontrando alternativas ajustadas à situação.

Numa avaliação informal das estagiárias, verificou-se uma melhoria ao nível do comportamento das crianças relativamente à participação, relação entre pares, reflexão e autorregulação do comportamento, o que vai de encontro aos resultados obtidos pela avaliação dos pais, professores e crianças. O facto de algumas crianças não terem uma presença assídua nas sessões pode também influenciar os resultados. Relativamente à constituição do grupo, este era constituído principalmente por rapazes, havendo apenas uma menina. Considera-se que esta beneficiária mais caso estivesse inserida num grupo com maior equilíbrio entre géneros, pois foi notório o seu afastamento inicial do grupo.

Um outro fator que poderia levar a uma melhoria nos resultados da intervenção seria a participação dos pais e professores no programa. Furnam (1984, *cit. in* Matos, 1997), considera que para uma maior eficácia dos programas de competências sociais, é necessário também intervir com os pais e professores.

Podemos considerar que a intervenção teve um impacto positivo nas crianças, tendo estas gostado das sessões, considerando-as importantes. De um modo geral, as crianças consideraram que adquiriram competências de trabalho em equipa, resolução de problemas, reflexão sobre os comportamentos, respeito pelo outro, compreensão dos sentimentos dos outros, sentindo-se mais capazes e com maior capacidade de dar um elogio.

Relativamente às variáveis “parasitas” assinaladas, consideramos que estas podem ter sido fruto de uma distração ou de confusão das crianças com outras atividades realizadas na escola.

4.4.3. Psicomotricidade nas Escolas E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 3

No grupo 3 não foi possível ter uma avaliação completa pois não obtivemos a avaliação final de dois pais. No entanto, através dos resultados obtidos, podemos ver que apenas os professores consideram ter havido melhorias, apesar de todos se manterem num nível total de dificuldades “anormal”. Por sua vez, os resultados obtidos pelos pais e pelas crianças foram mais elevados após a intervenção que inicialmente, o que não foi de encontro ao esperado. Uma possível explicação é as expectativas criadas pelos pais ter sido demasiado elevada, não correspondendo depois às melhorias verificadas.

As práticas de socialização dos filhos vão influenciar os níveis de stress dos pais o que irá afetar o funcionamento familiar, e em especial o desenvolvimento e manutenção de problemas de comportamento (Kazdin & Whitley, 2003, *cit. in* Dessen & Szelbrackowski, 2004). Os problemas de comportamento da criança vão influenciar os níveis de stress dos pais o que pode levar a uma pior perceção das dificuldades da criança.

Relativamente aos resultados obtidos pelas crianças na sua autoavaliação, estes podem ter ocorrido porque as crianças após a intervenção apresentavam uma maior consciencialização das suas competências. Ao longo das sessões foi promovida a capacidade de consciencialização do comportamento o que poderá ter levado a que estas percecionassem melhor as suas dificuldades no final da intervenção. Como podemos ver através da análise dos resultados, existe uma maior aproximação entre os resultados das avaliações finais da criança e do professor, o que não se verificava na avaliação inicial.

A presença de duas crianças com problemas específicos no grupo pode também ter estado na base dos resultados obtidos após a intervenção.

A presença de uma criança, o Ri., com necessidades educativas especiais no grupo (síndrome de Asperger), influenciou um pouco a dinâmica das sessões, visto esta precisar de um maior acompanhamento das estagiárias. Esta criança beneficiaria

inicialmente de uma intervenção individualizada, em paralelo com a intervenção no grupo, que fosse de encontro as suas necessidades específicas. Uma outra criança, o Sa., era proveniente de um ambiente familiar instável, havendo suspeitas de a mãe ser vítima de maus-tratos por parte do pai, o que causava uma grande instabilidade por parte da criança.

O número de sessões e a sua duração (45 minutos), podem também não ter contribuído para se verificar as mudanças desejadas. Vários programas de promoção de competências sociais consideram que a duração das sessões deve ser de 90 minutos (Matos, Branco, Carvalhosa & Sousa, 2005; NREPP, 2008).

Também a irregularidade das sessões pode ter condicionado a aquisição das competências desejadas por parte das crianças. As greves ocorridas nos dias da sessão, juntamente com o período de férias escolares, levaram a pausas significativas durante o período de intervenção, o que poderá ter levado a uma baixa aquisição das competências trabalhadas.

A escala em que as crianças mostraram melhores resultados foi a escala do comportamento pró-social, sendo este resultado comum à avaliação dos professores, pais e crianças.

Na avaliação informal das estagiárias verificou-se uma melhoria ao nível do comportamento do Ro., Vi., To. e Hu., no entanto, no Sa. e Ri. estas melhorias não foram tão notórias, possivelmente pelos motivos anteriormente descritos.

Relativamente ao impacto do programa, de modo geral as crianças gostaram das sessões, considerando as atividades giras e úteis. As atividades realizadas foi o momento mais apreciado pelo grupo, sendo o diálogo inicial e final o momento menos apreciado.

Após a intervenção todas as crianças consideraram ter aprendido a sentirem-se capazes, a lidar com a vergonha, a aceitar e respeitar a opinião dos outros, a refletir sobre os comportamentos e a resolver problemas. Quanto às variáveis “parasitas”, muitas foram assinaladas pelas crianças o que pode ter ocorrido devido a uma distração no momento de preenchimento da ficha ou à confusão com outras atividades realizadas na escola.

Quanto ao estado geral das crianças após o período de intervenção, a maioria considerou estar mais alegre, calma, motivada, cooperante, capaz de ouvir/escutar os outros, responsável, com confiança em si e nos colegas.

4.4.4. Centro Social Paroquial de Oeiras

Como se pode verificar através da análise dos resultados do protocolo de avaliação dos utentes, após o período de intervenção estes apresentaram, de modo geral, melhores resultados, apesar de a diferença ter sido pequena.

Relativamente à capacidade de orientação, após o período de intervenção os resultados médios obtidos pelos utentes baixaram. Estes resultados estão de acordo com o observado ao longo das sessões pois a maioria dos utentes apresentava grave dificuldade em relembrar a data no início da sessão e no final.

Quanto à capacidade de retenção e evocação os utentes mantiveram os mesmos resultados havendo apenas uma ligeira melhoria ao nível médio do grupo na capacidade de evocação.

Relativamente à primeira parte do protocolo, de autopreenchimento, os resultados das avaliações iniciais mostraram valores superiores ao esperado, em especial nos domínios da compreensão e comunicação e das relações interpessoais. Em ambos os domínios, de um modo geral, os utentes consideraram ter uma boa capacidade de compreensão e comunicação o que não foi de encontro às informações dadas pela equipa técnica do CSPO e ao observado no início da intervenção.

Uma possível explicação para este acontecimento é a desejabilidade social. Alguns utentes durante a avaliação perguntavam se as respostas que estavam a dar eram as

corretas, apesar da constante explicação que o que interessava era a opinião dos utentes, não havendo respostas corretas.

Nos itens pertencentes ao domínio da saúde mental e bem-estar de um modo geral o grupo apresentou melhores resultados o que vai de encontro ao esperado após a intervenção, visto um dos objetivos desta ser o aumento dos bem-estar.

Relativamente aos domínios das relações interpessoais e ao domínio psicológico os valores obtidos após o período de intervenção foram inferiores aos obtidos inicialmente. Uma possível explicação é os utentes terem dado respostas mais conscientes e não tanto de acordo com a desejabilidade social.

Quanto ao equilíbrio, em termos médios, o grupo mostrou melhorias no equilíbrio estático e piores resultados no equilíbrio dinâmico. Apesar de este fator não ser um dos objetivos a trabalhar nas sessões de modo direto, considerou-se importante a sua avaliação pois este vai influenciar o bem-estar dos utentes.

Na avaliação da motricidade fina os utentes mostraram melhores resultados, o que não aconteceu relativamente à noção corporal e à estruturação rítmica, apesar de terem sido também trabalhadas nas sessões, especialmente a noção corporal ao nível da relaxação. A capacidade de atenção e concentração dos utentes durante a avaliação também mostrou ligeiras melhorias o que vai de encontro ao esperado.

Numa avaliação informal considerou-se que a intervenção mostrou bons resultados, sendo possível observar uma maior comunicação entre os utentes e a formação de laços de afeto entre estes. Foi também possível observar que, conforme estas relações entre os utentes iam sendo estabelecidas os utentes demonstravam uma maior facilidade em partilhar os acontecimentos vividos e a falar sobre as suas emoções. A capacidade de atenção e concentração dos utentes foi algo que se manteve ao longo das sessões, havendo alguns utentes com problemas auditivos, que por isso tinham uma maior dificuldade em acompanhar o discurso dos restantes. De um modo geral, os utentes gostaram das sessões, considerando-as importantes para o seu bem-estar.

4.5. Dificuldade e limitações

No que diz respeito às crianças em contexto institucional na Casa da Fonte, uma das maiores dificuldades sentidas foi a constante entrada e saída de crianças que requeria uma constante adaptação das estratégias utilizadas e dos conteúdos a trabalhar, em especial na altura do Natal e do Carnaval que se verificou uma maior mudança no grupo. As idades das crianças foram também uma dificuldade acrescida ao trabalho realizado, pois era necessário encontrar atividades que fossem suficientemente motivadoras para os mais velhos, mas que pudessem ser realizadas com os mais novos. Isto levou a uma constante adaptação das atividades sendo necessário dar um maior apoio às crianças mais novas em determinadas atividades. Uma outra dificuldade encontrada foi o horário da intervenção. Como esta ocorria no final do dia, algumas crianças, especialmente as mais pequenas, estavam cansadas e começavam a sentir fome, sendo a capacidade de atenção na atividade mais reduzida.

Um outro fator que condicionou as atividades realizadas foi a falta de material. Na Casa da Fonte a intervenção era realizada numa sala do Centro Social Paroquial de Oeiras, tendo apenas disponíveis várias cadeiras, mesas e um quadro. Sempre que necessário as estagiárias levavam o material para as sessões, tendo também realizado alguns materiais. Esta dificuldade não foi sentida apenas na Casa da Fonte, mas também nos restantes contextos de intervenção em que o material disponível era bastante reduzido (à exceção do CSPO que disponibilizava alguns materiais necessários).

No contexto escolar, na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo um fator que limitou a intervenção foi o tempo disponibilizado para estas (45 minutos), pois os alunos tinham várias atividades não sendo possível realizar sessões com uma maior duração. Quanto ao espaço em que as sessões ocorriam, este era um local de comunicação entre as salas, levando a que por vezes as crianças se distraíssem com as entradas e saídas de

peessoas. Este espaço estava ligado ao refeitório o que provocava muito barulho com a preparação dos almoços e dos lanches, ou devido a atividades realizadas por algumas turmas nesse espaço.

Relativamente ao CSPO uma dificuldade sentida foi a adequação de atividades às capacidades dos utentes, visto ser um grupo muito heterogéneo a nível de autonomia.

4.6. Atividades complementares de formação

Ao longo do período de estágio foram realizadas várias atividades complementares.

Ao nível da Junta de Freguesia de S. Francisco Xavier, colaborámos nas atividades de Natal e de Páscoa da atividade “Afetos na Escola”, acompanhámos as crianças em algumas visitas de estudo, participámos no Desfile de Carnaval, organizámos atividades para a Colónia de Páscoa, realizada pela Junta e demos ainda apoio no Encontro de Educação Inclusiva.

Todas estas atividades ajudaram à criação de relação entre as estagiárias e as crianças, professores e psicólogas da Junta de Freguesia. Foram atividades que contribuíram não só para um crescimento profissional como também pessoal.

Na Casa da Fonte foram apenas realizadas duas atividades extra, a primeira na altura do Natal, e a segunda o final das sessões de psicomotricidade. A atividade de Natal foi realizada na Casa da Fonte, onde as estagiárias e as crianças em conjunto preparam a refeição (pizzas) para todas as pessoas da Casa. Enquanto as pizzas estavam no forno, as crianças fizeram biscoitos de Natal que depois embalaram e deram a um amigo especial. Após a realização das pizzas e dos biscoitos, estagiárias, crianças, educadores e auxiliares juntaram todos juntos. Esta atividade permitiu observar as crianças num outro contexto, e estabelecer uma melhor relação com elas. Na atividade final fomos com as crianças ao Centro Ciência Viva em Sintra, onde estas tiveram oportunidade de realizar diversas experiências. Foi uma atividade muito divertida, que as crianças gostaram, puderam aprender coisas novas.

5. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro

A realização do estágio permitiu o contacto com crianças em contexto institucional e escolar e também com idosos em contexto institucional, proporcionando um leque mais alargados de experiências.

Quanto à intervenção na Casa da Fonte considero que os resultados obtidos foram positivos, sendo a intervenção ao nível das competências pessoais e sociais bastante importante neste contexto. As competências adquiridas pelas crianças no decorrer das sessões são de grande importância para o seu futuro, tanto escolar, como posteriormente a nível profissional. Na Casa da Fonte, seria importante realizar dois grupos, caso fosse possível, um com crianças mais novas e outro com crianças mais velhas de modo a haver uma melhor adequação dos conteúdos a trabalhar e das atividades desenvolvidas. As crianças poderiam também beneficiar de uma intervenção bissemanal pois devido ao curto espaço de tempo que estas permanecem na Casa da Fonte, seria uma maneira de se poder trabalhar melhor algumas competências sendo estas mais facilmente interiorizadas. Para uma melhor noção do impacto do programa nas crianças, seria também importante o ajustamento da Ficha de Avaliação do Impacto do Programa às atividades extra desenvolvidas, de modo a que as crianças não confundam as aprendizagens adquiridas nas sessões, com as aprendizagens adquiridas nas atividades extra (e.g. cozinhar).

Relativamente à atividade “Psicomotricidade na Escola” realizada na escola E. B. 1 d’Os Moinhos do Restelo, considerou-se que os resultados foram positivos, ficando no entanto, abaixo do esperado. Apesar da avaliação dos pais e das crianças não serem concordantes, no contexto de intervenção foram perceptíveis mudanças no

comportamento da maioria dos alunos. Para uma maior eficácia do programa este poderia ser iniciado mais cedo, e envolver também a família e os professores, pois é com estes que a criança passa grande parte do seu dia, modelando por eles os seus comportamentos. Relativamente ao tempo de sessão, deveria ser mais prolongada de modo a trabalhar mais profundamente as competências desejadas.

A intervenção na atividade “Afetos na Escola” em conjunto com as psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier permitiu adquirir competências de trabalho com grupos grandes, e perceber diversas maneiras de falar sobre temas sensíveis às crianças, como por exemplo, o divórcio dos pais e a transição para uma nova escola. Relativamente às perspetivas para o futuro, considero que seria importante acompanhar as turmas desde o início do ano, o que iria permitir conhecer melhor as crianças, as suas necessidades e acompanhar a sua evolução ao longo do ano.

A intervenção no CSPO foi uma experiência nova, tendo os utentes aderido bem às atividades, apesar de inicialmente mostrarem uma certa resistência. Toda esta experiência, desde a criação do projeto até à intervenção com os utentes, permitiu aprofundar conhecimentos numa área em crescimento.

Apesar dos resultados do protocolo de avaliação não terem ido de encontro ao esperado, considera-se que o resultado foi positivo pois após a intervenção foi notória a maior participação dos utentes nas atividades e as relações estabelecidas entre estes, apresentando-se mais comunicativos e alegres. Foi uma experiência muito diferente da intervenção com as crianças, especialmente nos vínculos formados entre os utentes e as estagiárias. Apesar de no lar existirem diversas atividades dirigidas aos utentes, estes passam grande parte do dia parados, sendo as sessões encaradas como um momento de convívio e de partilha, sentindo estes o fim destas atividades como uma perda. Examinando os resultados da intervenção, considero que este seria um projeto que deveria ter continuação pois é de grande importância o trabalho a nível das competências pessoais e sociais neste contexto de modo a promover o bem-estar nos utentes.

Relativamente às perspetivas para o futuro sobre a intervenção no CSPO, considero que seria pertinente a criação de grupos mais pequenos, o que iria envolver uma maior participação dos utentes nas atividades e uma maior partilha, beneficiando assim os utentes mais reservados. Esta divisão de grupos poderia ser feita consoante a autonomia dos utentes permitindo assim a realização de atividades mais adequadas às capacidades de cada utente e não do grupo em geral.

A intervenção psicomotora tem um papel importante na promoção de competências pessoais e sociais, proporcionando aprendizagens essenciais para as crianças através de atividades lúdicas, proporcionando uma maior reflexão sobre os comportamentos. Também ao nível do bem-estar nos idosos a intervenção psicomotora permite uma maior satisfação não só a um nível motor através do treino dos fatores psicomotores, como também a nível psicológico atuando ao nível das relações interpessoais.

Fazendo um balanço do trabalho realizado, esta foi uma experiência muito enriquecedora e completa, onde foi possível intervir em diferentes contextos com populações diferentes. Contribuiu para um maior crescimento pessoal e profissional, abrindo novos horizontes.

6. Bibliografia

- Akasha, S. & Frimodt, L. (2003). A psicomotricidade na Dinamarca. *A Psicomotricidade*, 1 (2), 41-48.
- Alexandre, D. T., & Vieira, M. L. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em estudo*, 9 (2), 207-217.
- Alves, S. N. (2007). *Filhos da madrugada: percursos adolescentes em lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- American Psychiatric Association – APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, M. D. P. (2011). *Factores de risco e de protecção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (3), 235-245.
- Aragón, M. (2007). Intervención Psicomotriz en Ancianos. *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e lentidão Psicomotora. In P. P. Correia, M. Espanha & J. Barreiros (Ed.), *Envelhecer melhor com a actividade física – actas do simpósio 99* (pp. 63-71). Faculdade de Motricidade Humana Edições, Cruz Quebrada.
- Bernardo, R. & Matos, M. G. (2005). Competências pessoais e sociais, auto-estima e desportos de aventura e risco. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (203-214). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2003). *Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – Universidade de São Paulo, Brasil.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A. & Manfrinato, J. W. S. (2006). Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 460-469.
- Bolsoni-Silva, A. T., Paiva, M. M., & Barbosa, C. G. (2009). Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. *Psicologia Clínica*, 21 (1), 169-184.
- Branco, M. E. C. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (6th ed.) (793-828). New York: Wiley.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22 (11), 1065-1078.
- Caballo, V.E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintinuno.
- California Healthy Kids Survey Report (2007-2008). *California Safe and Healthy Kids Program Office*. Acedido Abril 29, 2012, em http://chks.wested.org/resources/rydm_surveycontent.pdf.

- Canha, L. N. & Neves, S. M. (2008). *Programa de treino de competências pessoais e sociais*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.
- Centro Social Paroquial de Oeiras, CSPO (2010), Acedido Março 24, 2011 em <http://www.cspo.com.pt>.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2004). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos* (36), 127-151.
- Cia, F., & Barham, E. J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho académico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia*, 26 (1), 45-55.
- Clemente, I. F. (2008). *Autoconceito e problemas de comportamento em crianças com dificuldades de aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco – CNPCJR (2011). *Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: CNPCJR.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco – CNPCJR (n.d.). *Promoção e proteção dos direitos das crianças*. Generalitat Valenciana.
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Cartaxo – CPCJ (2007). *Todos somos responsáveis*. Cartaxo: Câmara Municipal do Cartaxo.
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Configurations of common childhood psychosocial risk factors. *The journal of child psychology and psychiatry*, 50 (4), 451-459.
- Curto, B. M., Paula, C. S., Nascimento, R., Murray, J., & Bordin, I. A. (2011). Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 1221-1231.
- Decreto-Lei n.º 16/2011 de 25 de Janeiro. *Diário da República nº 17 – 1ª série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Dell’Aglia, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 351-357.
- Despacho Normativo n.º 12/98. *Diário da República nº 47 – I Série-B*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Dessen, M. A., & Szelbracikowski, A. C. (2004). Crianças com problemas de comportamento exteriorizado e a dinâmica familiar. *Interação em Psicologia*, 8 (2), 171-180.
- Díaz-Aguado, M. J. (2001). El maltrato infantil. *Revista de Educación*, 325, 143-160.
- Dixon, L., Browne, K., Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parentally abused children: a meditational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (1), 47-57.
- Ferreira, M. C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 35-44.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade, uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, (3), 18-31.
- Freitas, E. J. F. L. F., Simões, M. C. R. & Martins, A. P. L. (2011). Impacto de um programa de competências pessoais e sociais em crianças de risco. In *Libro de actas*

- do XI congresso internacional galego-português de psicopedagogia, Corunha, 7-9 Set. 2011.
- Freitas, M. A. V. & Scheider, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (3), 395-401.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), 416-430.
- Gaspar, T., Branco, J. & Matos, M. G. (2005). Aventura Social e Risco: projectos de promoção de competências sociais em contextos específicos. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 12 (2), 97-109.
- Grotberg, E.H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E.H. (1997). The international resilience project: findings from the research and the effectiveness of interventions. Annual Convention, International Council of Psychologists. Acedido Abril 7, 2012, em <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>.
- Hammarberg, A. & Hagekull, B. (2006). Changes in externalizing and internalizing behaviours over a school-year: differences between 6-year-old boys and girls. *Infant and Child Development*, 15, 123-137.
- Instituto da Segurança Social – ISS (2009). *Guia Prático – estabelecimentos integrados*. Lisboa: ISS.
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2007). Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens. *Instituto Nacional de Estatística*.
- Instituto de Segurança Social, I. P. (2009). *Plano de Intervenção Imediata – Relatório de caracterização das crianças e jovens em situação de acolhimento em 2009*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I. P..
- Instituto Nacional de Estatística, INE (2011). Acedido Março 31, 2011, em <http://www.ine.pt/>.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model.
- Junta de Freguesia de São Francisco Xavier (n.d.), Acedido Março 31, 2011, em <http://www.jf-sfxavier.pt/>.
- Lei n.º147/99 de 1 de Setembro. *Diário da República nº 204 – I Série-A*. Assembleia da República.
- Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto. *Diário da República nº 193 – I Série-A*. Assembleia da República.
- Marques, R. T. S. (2006). *Crianças acolhidas em lar residencial: representações de vinculação, desenvolvimento, competências sociais e comportamento*, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Portugal, Lisboa.
- Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., von Eye, A., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. *Child Development*, 80 (2), 562-577.
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, (27).
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. G. (2006). Resilience in development: the importance of early childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-6, Acedido em Abril 7, 2012, em <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf>.
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In Luthar, S. S. (Ed), *Resilience and vulnerability – adaptation in the context of childhood adversities*. Acedido em Abril 9, 2012, em <http://www.google.pt/books?id=HD45dNwFh-UC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

- Matos, M. G. (1997). *Programa de promoção de competência social: manual de utilização*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Matos, M. G. (2005). Promoção e gestão de conflitos na escola. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (289-363), Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matos, M. G., Branco, J., Carvalhosa, S., & Sousa, A. (2005). Promoção de competência social em meio escolar. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (289-363), Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, A., Novais, R. & Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, (5), 41-49.
- Morais, C. L. R. (2011). *Os professores e os comportamentos de risco de aluno a frequentar o 1º ciclo do ensino básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20 (3), 367-377.
- National Registry of evidence-based Programs and Practices – NREPP (2008). Al's Pals: Kids Making Healthy Choices. *National Registry of evidence-based Programs and Practices – NREPP*. Acedido Junho 12, 2012, em <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=116>.
- Ovando, L. M. K., & Couto, T. V. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O Mundo da Saúde*, 34(2), 176-182.
- Pasian, S. R., & Jacquemin, A. (1999). O auto-retrato em crianças institucionalizadas. *Paidéia*, 9 (17), 50-60.
- Pereira, A. C. (2010). Percepção do Idoso sobre o seu nível de qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III(2), 27-34.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade* (4), 88-93.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 407-414.
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4 (28). 509-521.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25 (3), 405-416.
- Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling & Development*, 74, 368-373.
- Regulamento Centro de Dia (2010). *Centro Social Paroquial de Oeiras*.
- Regulamento Interno Casa da Fonte (n.d.). *Santa Casa da Misericórdia*.
- Regulamento Lar de Idosos (2010). *Centro Social Paroquial de Oeiras*.
- Remédios, C. I. F. R. N. (2010). *O bem-estar psicológico e a promoção das competências pessoais e sociais na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, A. M. (2008). *Projeto de promoção de autonomia de crianças e jovens em acolhimento residencial*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal.

- Rodrigues, E. A. (1997). Menores em risco: que família de origem?. In M.R.A.C. Carneiro (Ed.), *Crianças de risco* (539-696). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Rodríguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes com demência: Una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-18.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Salvo, C. G., Silveiras, E. F. M. & Toni, P. M. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia*, 22 (2), 187-195.
- Sánchez, A. M., Rivas, M. T. & Trianes, M. V. (2006). Eficacia de un programa de intervención para la mejora del clima escolar: algunos resultados. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4 (2), 353-370.
- Santos, B. C. A., Ribeiro, M. C. C., Ukita, G. M., Pereira, M. P., Duarte, W. F., & Custódio, E. M. (2010). Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. *Boletim de Psicologia*, 60 (133), 139-152.
- Santos, M. A. M. (2010). *O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco – a experiência passada de institucionalização e o seu significado actual para os sujeitos adultos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Santos, P. L. & Graminha, S. S. V. (2006). Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento académico. *Estudos de Psicologia*, 11 (1), 101-109.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216.
- Sarmiento, M. (2004). As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade. In Sarmiento, M., & Cerisara, A., *Crianças e Miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação*. Porto: Edições Asa.
- Segrin, C. & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Silva, P. A. (2009). *Agressividade e representações sobre a violência em jovens institucionalizados*. Universidade Fernando Pessoa, Portugal, Porto.
- Simões, C. (2005a). *Comportamentos de risco na adolescência: estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Simões, C. (2005b). Resiliência e saúde. In Matos, M. G. (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª Edição) (51-60). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Serviço de Edições.
- Simões, C. (2009). Resiliência: competência na adversidade. In Matos, M.G., & Sampaio, D. (Eds), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração* (215-233). Lisboa: Texto Editora.
- Tomás, C., & Fernandes N. (2011). Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância. In *IV Encontro Maus-Tratos, Negligência e Risco na Infância e na Adolescência*, Maia, 11-12 Nov. 2011.
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 71-80.
- Spirduso, W. (1995). Issues of Quantity and Quality of life. In H. K. Publisher (Ed.), *Physical Dimensions of Aging*. Illinois.

- Tamer, N. L. & Petriz, G. (2007). A qualidade de vida dos idosos. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*, (181-201). Lisboa: Instituto Piaget.
- UNICEF (1990). *A Convenção sobre os direitos das crianças em risco*. UNICEF.
- Volpi, J. H. (2004). O meio ambiente stressante comprometendo o desenvolvimento neuropsicofisiológico da criança. *Centro Reichiniano: Psicologia Corporal*. Acedido Abril 3, 2011, em www.centroreichiano.com.br/artigos.htm.
- Wathier, J. L., & Dell’Aglia, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista Psiquiatria RS*, 29 (3), 305-314.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76 (5), 1015-1028.